

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 11 Juillet 1895, à 1 heure

PAR

Lucien CLAVIER,

Né à Dieppe, le 6 avril 1873

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

DIAGNOSTIC — MODES DE TRAITEMENT
RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Président : M. BROUARDEL, professeur.

Juges : { M. JACCOUD, professeur.
MM. NETTER et MÉNÉTRIER, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 11 Juillet 1895, à 1 heure

PAR

Lucien CLAVIER,

Né à Dieppe, le 6 avril 1873

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

DIAGNOSTIC — MODES DE TRAITEMENT
RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Président : M. BROUARDEL, professeur.

Juges : { M. JACCOUD, professeur.
MM. NETTER et MÉNÉTRIER, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DoyenM.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
Clinique médicale.....	SEE (G.)
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	GAUCHER.	NETTER.
ANDRÉ.	GILBERT.	POIRIER, chef des
BALLET.	GLEYS.	trav. anatomiques.
BAR.	HEIM.	QUENU.
BRISAUD.	JALAGUIER.	RETERER.
BRUN.	LEJARS.	RICARD.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	ROGER.
CHARRIN.	MARFAN.	SCHWARTZ.
CHAUFFARD.	MARIE.	SEBILLEAU.
DEJERINE.	MAYGRIER.	TUFFIER.
DELBET.	MENETRIER.	VARNIER.
FAUCONNIER.	NELATON.	VILLEJEAN.
		WEISS.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Faible témoignage de reconnaissance des sacrifices qu'ils ont faits
pour mon éducation

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE PAUL

A MON FRÈRE PIERRE

A MA FAMILLE

A LA MÉMOIRE DE MON PREMIER ET REGRETTÉ MAÎTRE :

LE DOCTEUR DESNOS

Médecin de la Charité

A MES MAÎTRES, DANS LES HOPITAUX

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE DOCTEUR BROUARDEL

Doyen de la Faculté de Médecine de Paris

Commandeur de la Légion d'honneur

Membre de l'Académie de Médecine

INTRODUCTION

Nous avons été frappé au cours de nos études de la fréquence de la péritonite tuberculeuse, de la difficulté du diagnostic, surtout quand l'affection est à son début, et principalement de la diversité des méthodes thérapeutiques, soit médicales, soit chirurgicales, qui ont été employées pour obtenir, sinon une guérison définitive, durable du moins une simple amélioration.

Nous voudrions, dans ce travail, insister sur le diagnostic, discuter la valeur des traitements en usage et en particulier la laparotomie, qui, depuis plusieurs années, a été pratiquée un grand nombre de fois et semble avoir donné des résultats satisfaisants.

Le plan que nous suivrons est le suivant :

Dans une première partie, nous rappellerons les noms de ceux, tant anciens que modernes, qui ont le mieux fait connaître la péritonite tuberculeuse. Puis nous étudierons dans des paragraphes séparés, l'étiologie et la pathogénie de l'affection qui nous occupe.

Nous traiterons, en second lieu, l'anatomie pathologique et la symptomatologie.

Dans un troisième chapitre, nous parlerons longuement du diagnostic qui, comme il a été dit plus haut, est singulièrement difficile au début, et nous essaierons de dégager de la symptomatologie les signes propres à faciliter ce diagnostic. Le pronostic suivra l'étude du diagnostic.

Enfin, nous aborderons le traitement. Après un court historique, nous donnerons les résultats obtenus, et de ces résultats nous tirerons les conclusions les plus rationnelles, sur le choix de la meilleure conduite à tenir en face d'un malade atteint de péritonite tuberculeuse.

Mais avant d'entrer dans l'exposé de notre sujet, qu'il nous soit permis de remercier ceux de nos maîtres qui, avec leur affabilité et leur bienveillance habituelles, ont fait notre éducation médico-chirurgicale.

C'est sous la direction du regretté M. Desnos que nous avons fait nos premières armes. La mort subite de cet excellent clinicien, de ce savant si modeste, a été vivement ressentie par nous, qui suivions alors son service.

A M. le professeur Straus, nous devons les quelques notions de bactériologie que nous possédons. Guidé par ses conseils, nous avons appris la technique de la recherche et de la coloration des microbes, épreuve souvent indispensable à la précision d'un diagnostic douteux et à l'établissement d'une thérapeutique raisonnée.

Nous avons accompli notre stage obstétrical chez M. le Professeur Tarnier. Nous lui sommes très reconnaissant de ses précieuses leçons. Nous adressons également à ses aides si dévoués nos plus sincères remerciements pour les con-

seils qu'ils nous ont donnés dans la pratique des accouchements.

M. le Professeur Richelot a bien voulu nous confier quelques observations nécessaires à notre travail et nous guider dans nos recherches bibliographiques. Qu'il reçoive ici l'hommage de notre profonde reconnaissance.

Nous n'oublierons pas d'avantage les excellentes leçons de notre maître, M. le Professeur Tillaux. Le stage que nous avons accompli dans son service nous sera d'une grande utilité.

Monsieur le professeur Brouardel nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous le remercions bien sincèrement et le prions de recevoir ici l'assurance de notre vive gratitude.





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553826_0004

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Nous n'avons pas la prétention dans ce chapitre de faire un historique complet de la péritonite tuberculeuse. Nous renvoyons pour plus de détails, sur ce sujet, à l'excellent travail de Tapret (Thèse Paris, 1878).

L'étude de la péritonite chronique tuberculeuse est, on peut le dire, de date toute récente. Elle ne remonte, en effet, qu'au commencement de notre siècle. Les livres antérieurs à cette date ne font aucune différence entre la péritonite tuberculeuse et les autres affections abdominales. A plus forte raison, si l'on cherche dans les ouvrages des médecins anciens quelques indications sur cette maladie, on ne trouve presque rien. Inconnu d'Hippocrate, elle n'est pas signalée davantage par Celse ni par Galien.

Morgagni, dans sa 38^e lettre, semble l'avoir entrevue. Johnson l'a étudiée en 1779, sur des femmes en couches.

Il faut donc arriver à la fin du dix-huitième siècle pour

trouver un ouvrage important sur cette manifestation de la tuberculose. Il fut publié par Walther en 1785. Mais il passa tellement inaperçu que plusieurs années après sa publication, Vogel écrivait : « Les inflammations péritonéales de toute nature ne méritent pas plus d'attirer notre attention que celles des muscles des parois de l'abdomen ».

Ce fut sur ces notions très incomplètes et fort peu concluantes que l'on vécut jusqu'à Bichat. Les idées nouvelles émises par cet illustre maître, furent recueillies et publiées dix-huit ans plus tard par Gase, un de ses élèves, qui en fit l'objet de sa thèse inaugurale.

En même temps que Bichat, Laënnec travaillait à isoler la péritonite tuberculeuse, et dans un recueil périodique, le journal de Corvisart (1802), il faisait paraître une observation de péritonite tuberculeuse, dans laquelle il décrivait les lésions principales avec la précision qu'il mit plus tard dans l'étude des lésions anatomo-pathologiques de la tuberculose pulmonaire.

Quoique brillant d'un moins vif éclat, le nom de Bayle ne doit pas être oublié dans cette nomenclature. Il se rattache surtout à la symptomatologie de la péritonite tuberculeuse.

En 1815 un anglais, Walker, publie, sur ce sujet, dans le *Medical and Physical journal*, un travail intéressant. C'est d'Angleterre également que nous sont venues avec John Baron, les premières recherches sur la pathogénie de la péritonite tuberculeuse.

En France, Louis, dans ses observations sur le développement de phthisie, étudie le processus tuberculeux et

les accidents qui en sont le résultat non seulement du côté du poumon, mais encore du côté des divers organes. Son opinion longtemps discutée surtout à l'étranger, en Allemagne et en Angleterre fut à la fin admise par tous. Chomel, et plus tard, Grisolle, Trousseau, Rilliet et Barthez vinrent par de nouvelles observations confirmer la théorie de Louis.

Nous ne pouvons, étant donné leur grand nombre, citer en détail tous les travaux contemporains. On en trouvera quelques-uns dans l'index bibliographique placé à la fin de cette étude. Il nous faut cependant rappeler les noms suivants :

Hémey qui fit sa thèse en 1866 sur la péritonite tuberculeuse ;

Lancereaux, qui a étudié le diagnostic différentiel de la péritonite tuberculeuse avec la péritonite chronique des alcooliques et des syphilitiques, affection dont lui-même a établi le premier l'existence ;

Leudet et ses études sur la symptomatologie ;

M. le professeur Brouardel qui a montré que souvent la péritonite chronique tuberculeuse, chez la femme, est consécutive à une tuberculose des organes génitaux ;

Ferreol, Millard et tant d'autres dont les travaux n'ont pas peu contribué à faciliter le diagnostic d'une affection fréquente.

Depuis que la péritonite tuberculeuse est entrée dans le domaine chirurgical, c'est-à-dire depuis le mémoire de Kœnig, en 1884, les recherches se sont multipliées pour savoir

si réellement l'intervention du chirurgien dans la péritonite tuberculeuse, était nécessaire. Il nous suffira de citer les noms de Labbé, Pic, Poncet, Richelot, Schwartz, etc., pour montrer quelle importance a été attachée à l'amélioration des sujets atteints de péritonite tuberculeuse.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

Nous n'avons pas à nous occuper ici de la péritonite chronique dite simple non tuberculeuse, dont l'existence a été contestée pendant longtemps, et qui, cependant, malgré sa rareté, est bien une entité morbide, ainsi que l'a démontré Delpuech (Arch. de méd., 1884 : des péritonites chroniques dites simples). Son étiologie est différente de celle de la péritonite tuberculeuse. Elle succède souvent à une péritonite aiguë ou même peut-être chronique d'emblée. Sa marche, ses lésions anatomo-pathologiques, ses symptômes, ne se rapportent en rien à la marche, aux lésions, aux symptômes produits par le bacille de Koch sur la séreuse péritonéale. Mais nous devons ajouter qu'à la longue, et probablement par suite de l'affaiblissement du sujet, la péritonite chronique simple peut devenir tuberculeuse.

La tuberculose peut-elle se manifester primitivement

sur le péritoine avant même d'avoir atteint tout autre organe ? Nous ne le pensons pas et les observations que nous avons eues sous les yeux sembleraient plutôt indiquer que le contraire a lieu, au moins chez l'adulte (car on admet que chez l'enfant la tuberculose du péritoine peut être primitive). Presque toujours le sujet portait aux poumons des marques de tuberculose, soit que cette tuberculose fut en pleine évolution, soit qu'au contraire les tubercules pulmonaires eussent subi un commencement de transformation fibro-crétacée.

L'influence de l'âge dans la production de la péritonite tuberculeuse est manifeste. Fréquente chez les jeunes sujets de 6 à 10 ans, elle n'est pas rare chez l'adulte. Voici, d'ailleurs, le résultat des recherches de Lebert, Bristowe et Hilton Fagge, recherches qui portent sur 135 cas :

De 1 à 10 ans.	18 cas.
10 à 20	29
20 à 30	29
30 à 40	28
40 à 50	24
50 à 60	7
Total.	135

Il existe quelques cas de péritonite tuberculeuse survenue chez des vieillards de 70 à 73 ans. Maleval (thèse de Lyon, juillet 1894) prétend qu'elle est rare chez l'enfant et n'en rapporte que 92 cas sur près de 6,000 enfants entrés à la Charité de Lyon pendant plusieurs années. D'après cet

auteur, le maximum de fréquence serait la puberté. C'est aussi l'opinion de Rilliet et Barthez. Les femmes sont plus fréquemment atteintes que les hommes.

Nous n'insisterons pas sur les causes qui président au développement de la tuberculose en général. La misère, le surmenage, la privation d'air et de soleil, l'alimentation insuffisante, l'encombrement et l'acclimatement sont des causes importantes qui, en affaiblissant l'organisme, préparent un terrain favorable au développement du bacille de Koch.

On a remarqué la fréquence de la péritonite tuberculeuse chez les jeunes soldats nouvellement arrivés au corps. MM. Collin et Vallin ont été les premiers à rechercher les causes capables d'expliquer la fréquence de cette affection. Trabaud, sous sa thèse (Lyon 1885) invoque la pénétration du bacille, dans un intestin déjà malade par l'intermédiaire d'aliments de mauvaise qualité. Cette théorie suffirait à l'exclusion de toute autre pour nous éclairer sur le fait en question, car la bactériologie nous apprend que le bacille de Koch demeure inattaquable par le suc gastrique. De plus, les expériences de Dombrolonski ont montré qu'il n'était pas nécessaire que la muqueuse intestinale fut malade pour que cette pénétration eut lieu. Il a vu le bacille traverser l'intestin d'animaux parfaitement sains. A l'encontre de cette opinion, M. Marfan dit que le bacille suit rarement la voie indiquée par Trabaud.

L'hérédité joue un grand rôle, évidemment, dans la

production de la tuberculose péritonéale, et son influence est surtout marquée chez l'enfant.

La tuberculose des organes génitaux de la femme a été prise en grande considération depuis les recherches de M. Brouardel : « Le péritoine, a écrit cet auteur, est le véritable réactif de l'état pathologique des organes génitaux de la femme ». Cette phrase tendrait à faire croire que la péritonite tuberculeuse est une affection spéciale à la femme. Or, nous avons vu qu'il n'en est rien. La tuberculose génitale est si rare chez les petites filles, qu'elle ne doit pas entrer en ligne de compte.

La pleurésie peut entraîner la péritonite tuberculeuse, et réciproquement. Mais le mécanisme d'après lequel l'une de ces affections produirait l'autre, est encore inexpliqué. M. Marfan pense que le système lymphatique doit être mis en cause : « Qu'elle qu'ait été la porte d'entrée du bacille, « que celui-ci ait laissé ou n'ait pas laissé à ce niveau, la « marque de sa pénétration sous forme d'un foyer bacillaire, « c'est dans les ganglions lymphatiques qu'il s'arrête, qu'il « végète d'abord, mais comme les vaisseaux afférents de « ces ganglions sont en communication avec le canal thoracique ou la grande veine lymphatique droite, le système « sanguin peut être très facilement infecté, et c'est par cette « voie que le bacille, après avoir traversé tous les capillaires « du poumon se répand dans l'organisme ». (Presse médicale 28 avril 94).

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

La diversité des théories émises au sujet de la pathogénie de la péritonite tuberculeuse, montre assez quelle obscurité règne encore sur cette question. Pour les uns, l'inflammation précède le tubercule. Pour les autres, le tubercule naît avant l'inflammation. Il est un point cependant sur lequel tous les auteurs sont d'accord, c'est que chez un tuberculeux, la granulie appelle la péritonite. La réciproque de cette proposition semble être également vraie, mais non d'une vérité absolue.

Il faut donc considérer dans la péritonite tuberculeuse deux agents principaux, l'inflammation et le tubercule. Mais la part qui revient à chacun de ces deux facteurs varie nécessairement avec la forme clinique de tuberculose péritonéale. Il est des cas où, malgré l'absence de symptômes graves, et si le sujet a été emporté par une maladie autre que la tuberculose, on trouve le péritoine tapissé de granulations. Il est donc bien évident que, dans ces circonstances, le premier phénomène a dû être l'éruption granuleuse, et qu'ici, le tubercule a précédé l'inflammation.

Plus souvent, au contraire, et principalement chez l'adulte, il existe des fausses membranes épaisses, abondantes, de couleur ardoisée, très résistantes, et malgré cela, les

tubercules sont en très petite quantité ou à l'état de granulations grises ou jaunes. Ici, le développement des granulations a été secondaire.

L'idée que la péritonite tuberculeuse n'est, dès son origine, que la manifestation d'une diathèse, a été émise, il y a longtemps déjà, par Aran, dans les termes suivants :
« Tantôt les tubercules dépendent d'une tuberculisation
« générale qui paraît affecter principalement les séreuses ;
« tantôt ils paraissent procéder d'une tuberculisation ayant
« son siège primitif dans les organes génito-urinaires, sur-
« tout les vésicules séminales dans un sexe, et les trompes
« de Fallope dans l'autre ».

Nous dirons donc pour résumer cette question de la pathogénie : tantôt la péritonite tuberculeuse est consécutive à une granulie plus ou moins généralisée, tantôt elle est due à une tuberculisation, soit de l'intestin, soit de l'appareil génito-urinaire. Mais toujours elle est secondaire, et si à l'auscultation du poumon on ne découvre aucun signe nettement accusé, c'est que l'évolution du tubercule dans l'appareil respiratoire est excessivement lente ou que peut-être elle sera bénigne.



DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Pour faire l'exposé des lésions anatomo-pathologiques de la péritonite tuberculeuse, il faut rechercher tout d'abord les formes que revêt cette affection.

Quelques auteurs décrivent seulement deux formes de péritonite tuberculeuse : 1° la forme classique bien étudiée par Grisolle et qu'on pourrait appeler encore la forme membraneuse ; 2° une forme ascitique, caractérisée par une ascite très abondante, qui diminue mais sans disparaître jamais. Cette classification, à notre avis, ne suffit pas aux besoins de la clinique et il nous semble plus logique de suivre la division adoptée par Boulland dans sa thèse (Paris 1885). De plus, les indications thérapeutiques ne seront pas les mêmes dans chaque forme, et le pronostic comme nous le verrons plus loin, dans un chapitre particulier, sera plus ou moins grave selon que l'on se trouvera en présence de telle ou telle variété.

Boulland prend comme base de sa classification, l'évolution du tubercule dans la séreuse péritonéale. Il décrit : 1° une forme miliaire correspondant à la granulation grise ; 2° une forme ulcéreuse qui apparaît quand la dégénérescence caséuse du tubercule a commencé ; 3° enfin une forme fibreuse quand le tubercule, évoluant vers la guérison a subi une transformation fibreuse, ou plus exactement fibro-crétacée. Cette division est excellente au point de vue anatomo-pathologique, mais avec Pic on peut lui reprocher d'être incomplète au point de vue thérapeutique. Celle d'Aldibert que nous donnerons quand nous étudierons le traitement lui est de beaucoup préférable.

A chacune des trois formes adoptées par Boulland correspondent des lésions anatomo-pathologiques différentes et très importantes sur lesquelles l'auteur ne s'est pas étendu assez longuement. Voyons donc quelles sont ces lésions que l'on trouve à l'autopsie d'un sujet qui a succombé à une péritonite tuberculeuse.

1° *Forme miliaire.* — A l'ouverture du cadavre, on voit un péritoine granuleux; il est rugueux au toucher, ces rugosités sont produites par une grande quantité de granulations plus ou moins confluentes, semées sur la face viscérale et sur la face pariétale de la séreuse, et abondantes surtout au voisinage de la région ombilicale. A l'intérieur du péritoine on trouve un liquide ascitique, clair ou sanguinolent. On y remarque quelques flocons constitués par de l'albumine. La nature de ce liquide a peu d'importance au point de vue du diagnostic. Quant au pronostic la présence

de globules sanguins, l'aggrave considérablement. Dans cette première forme de la maladie, il n'y a pas de fausses membranes ce qui entraîne l'absence de crépitements perçus, soit au palper, soit à l'auscultation de la paroi abdominale.

2° *Forme ulcéreuse.* — Le tubercule continuant son évolution naturelle nous arrivons à la forme ulcéreuse, la plus importante comme aussi la plus grave de toutes. Ici les lésions sont plus marquées que précédemment. Ce qui frappe tout d'abord le médecin à l'autopsie, c'est l'adhérence extrême des viscères à la paroi abdominale. Cette adhérence est établie à l'aide de fausses membranes qui atteignent parfois une épaisseur de un centimètre. Leur couleur varie du gris au noirâtre. Leur consistance est cartilagineuse ou même osseuse (Hémey) et leur résistance est très considérable. Elles circonscrivent entre elles de petites loges à l'intérieur desquelles, dans un dixième des cas, selon Grisolle, on trouve du liquide analogue à celui de l'ascite.

Quelquefois, ces fausses membranes sont si épaisses ou si rapprochées, qu'elles constituent une tumeur bosselée au palper. Cette disposition, dans une observation de Grisolle, fut la cause d'une erreur de diagnostic.

L'épaississement du péritoine est très marqué. Il est dû surtout à une hyperplasie du tissu cellulaire sous-séreux. Si l'affection a été de longue durée, on peut trouver des granulations infiltrées à l'intérieur de la séreuse. L'intestin, lui aussi, a participé à ce processus morbide. A l'exception de Grisolle, il est peu d'auteurs qui aient signalé la dimi-

nution de sa longueur, qui, dans plusieurs observations, n'était plus que la moitié ou le tiers de la longueur normale. Sur sa face convexe, il porte de nombreuses ulcérations dont les bords déchiquetés, irréguliers, sont parsemés de granulations tuberculeuses. Ces ulcérations ont des dimensions plus étendues dans le voisinage du cœcum. Elles peuvent intéresser toutes les tuniques intestinales. Dans ce cas, l'intestin se perforé. Il se fait un foyer purulent enkysté, grâce à l'existence des fausses membranes qui empêchent la généralisation. Ce foyer purulent finit par s'ouvrir au dehors, et on a remarqué que cette ouverture se faisait plus fréquemment au niveau ou au pourtour de l'ombilic. Dès lors, une fistule stercorale est établie, et peu à peu le malade succombe à la cachexie déterminée par l'apparition de cet accident redoutable.

Comme le péritoine, le grand épiploon est épaissi et couvert de granulations ayant subi la dégénérescence caséuse. Les ganglions du mésentère, les ganglions lombaires, sont considérablement augmentés de volume et ont atteint la grosseur d'une petite noix. Cette augmentation de volume n'est pas sans danger pour le malade. Achard (*Archives de physiologie*, 1884), a rapporté un cas de thrombose de la veine porte par compression. De même, la compression de la veine cave inférieure, consécutive à cette hypertrophie ganglionnaire, n'est pas rare. Il est facile de prévoir les accidents qui résultent de cet état pathologique : gêne de la circulation de retour dans les membres inférieurs, ascite, œdème, etc.

Enfin, Cruveilhier et Empis ont noté la présence dans la rate, de granulations multiples. Ce fait a été signalé pour la première fois par ces deux auteurs. Clément et Hémey, dans leur thèse de doctorat (1865 et 1866), ont rappelé cette particularité, et de nos jours, cette lésion anatomo-pathologique a été retrouvée non-seulement dans la rate, mais encore dans la vessie et les uretères chez les enfants.

3° *Forme fibreuse.* — Quand le tubercule, soit sous l'influence d'une thérapeutique énergique, soit naturellement, a évolué vers la guérison, on a une péritonite tuberculeuse à forme fibreuse. Cette troisième forme s'accompagne quelquefois d'ascite. Mais celle-ci n'est pas constante et, en général, n'atteint pas de fortes proportions. Quand l'épanchement intra-péritonéal manque, on constate au palper un empâtement de toutes les anses intestinales. Les fausses membranes ont envahi l'intestin, et après lui, tous les autres organes abdominaux. Quelquefois, deux portions de l'intestin sont agglutinées et leur séparation ne peut se faire sans qu'elles soient déchirées ; quand il y a communication entre ces deux portions, il peut en résulter une péritonite suraiguë, si les adhérences n'ont pas eu le temps de s'établir. Cette complication, d'une gravité excessive, est heureusement exceptionnelle.

Enfin Cossy, dans un mémoire très intéressant, a étudié la possibilité d'un étranglement interne au cours de la péritonite tuberculeuse, et Fernet signale la production consécutive d'une pleurésie, affection qu'il englobe dans la dénomination de tuberculose peritonéo-pleurale primitive.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Tous les symptômes qui accompagnent la péritonite tuberculeuse ont été fort bien décrits pour la première fois par Hémey, dans son excellente thèse de 1866. Aussi n'insisterons-nous pas longuement sur ce chapitre symptomatologique. Nous allons passer rapidement en revue, tous les signes cliniques, au moins les plus importants, qui pourront nous aider dans le chapitre suivant à poser un diagnostic précis.

Le début de la maladie est excessivement variable. Le plus ordinairement il est lent et insidieux. « Ce n'est pas, dit « Grisolle, chez des sujets malades, ou manifestement tuberculeux qu'elle se déclare ; mais elle affecte des individus en apparence très bien portants. Je n'ai pas encore vu d'exception à cette règle du moins chez les adultes et les jeunes gens ». Très rarement, la péritonite tuberculeuse est chronique d'emblée. Quelquefois elle s'annonce par de l'inappétence, une faiblesse générale. Ailleurs, ce sont les symptômes péritonéaux qui semblent avoir une prédominance très marquée.

Grisolle insistait surtout sur la douleur abdominale vive qui, d'après son opinion, marque la période initiale de la

maladie : « Le ventre, dit-il, est presque aussi sensible que « dans une péritonite très aigue. » Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de ce symptôme. Disons seulement ici que son inconstance ne permet pas d'en faire un signe pathognomonique de tuberculose péritonéale.

Pour Hémey, la fièvre qui existe à la période initiale, serait d'une valeur diagnostique considérable. « Le début de la péritonite tuberculeuse est souvent marqué par un état fébrile aigu. » Mais cette fièvre est aussi un des principaux signes de tuberculose pulmonaire en pleine évolution. Nous pensons donc que l'assertion d'Hémey doit être accueillie avec beaucoup de réserves.

L'épanchement dans les membres inférieurs signalé par Andral, n'est pas très fréquent au début de l'affection. De plus, il est une cause sérieuse d'erreur de diagnostic, car on le trouve constamment dans les cardiopathies chroniques.

En résumé, nous dirons qu'il existe trois modes de début qui sont, en les énumérant par ordre de préférence :

1° Début lent et insidieux sans symptômes bien nets. (Grisolle).

2° Début fébrile aigu, avec phénomènes péritonéaux (Hémey).

3° Début fébrile aigu sous forme de phthisie générale, suivi de localisation rapide sur le péritoine.

A la période d'état, les malades présentent les signes suivants :

Le ventre offre deux aspects bien distincts: ou bien il est

augmenté de volume (c'est le cas le plus souvent observé), ou bien il est diminué considérablement.

L'augmentation de volume du ventre survient lentement, graduellement ; elle s'accompagne dans quelques cas de douleurs, ou peut se faire sans que le sujet en soit incommodé. La douleur, quand elle existe, est accrue par la pression et la percussion. La distension de la paroi abdominale par le liquide est parfois si considérable, que la respiration est gênée. Le malade est en proie à une dyspnée qui nécessite une intervention rapide, sous peine de voir survenir une syncope mortelle. A la percussion, l'abdomen donne un son clair dans toute son étendue, ou bien sonore en certains points, il est mat en d'autres.

Ces zones de matité et de sonorité entremêlées irrégulièrement, produisent ce que l'on a appelé la *matité en damier*. Si le liquide est très abondant, la matité occupe les parties déclives de l'abdomen et sa limite supérieure est une ligne courbe à concavité supérieure. Cette ligne se déplace dans les mouvements du sujet. Il y a une fluctuation manifeste. C'est en somme l'ascite des cardiaques avec tout son cortège classique de symptômes.

La seconde forme du ventre est de beaucoup la plus rare. Nous ne pouvons mieux faire pour en donner la description que de rappeler un malade que nous avons vu à l'hôpital mixte de Dieppe dans le service de M. le Dr B... Chez ce malade, un jeune soldat, il y avait une véritable rétraction de la paroi abdominale. Les épines iliaques antérieures et supérieures formaient sous la peau deux saillies.

très marquées. Les côtes se dessinaient nettement. Au palper l'abdomen donnait la sensation d'un empâtement profond et très étendu. Les anses intestinales, agglutinées par de nombreuses adhérences que l'on reconnaissait à un crépitement particulier était refoulées en arrière et maintenues le long de la colonne vertébrale. L'amaigrissement était extrême et les symptômes pulmonaires assez accentués. De plus, des vomissements continuels empêchaient toute alimentation. La cachexie tuberculeuse fit de rapides progrès et la mort arriva en très peu de temps.

Si nous avons rapporté cette observation, c'est qu'elle présente un symptôme que l'on retrouve plus fréquemment dans cette forme sèche de la maladie, que dans la forme ascitique : Nous voulons parler des vomissements. Mais il s'en faut de beaucoup que l'on constate ces vomissements dans toutes les péritonites tuberculeuses. Clément, dans sa thèse, ne les a notés que onze fois sur trente individus. Ils se rencontrent à toutes les périodes de la maladie, mais se manifestent surtout à l'occasion des recrudescentes inflammatoires. Rilliet et Barthez ne les ont observés que trois fois chez l'enfant. Ils sont donc, à cet âge de la vie, d'une extrême rareté.

Enfin les symptômes généraux de tuberculose se joignent aux symptômes locaux : amaigrissement, diarrhée, aspect anémique du visage, vivacité du regard, accès de fièvre, sueurs nocturnes, en un mot tous les signes de la phthisie à la dernière période se rencontrent également dans la tuberculose péritonéale.

Pour compléter l'étude de cette symptomatologie nous devons dire un mot de la marche et de la durée de la maladie :

La marche est continue, progressive, avec exacerbations. Parfois, mais assez rarement, il y a des rémittences plus ou moins prolongées, pendant lesquelles les symptômes s'amendent réellement et qui donnent au malade et à son entourage l'illusion d'un retour rapide et définitif à la santé.

L'appréciation de la durée est très variable, ce qui s'explique facilement d'ailleurs, par le caractère insidieux des phénomènes initiaux. Pour Grisolles, les limites extrêmes sont de deux mois à deux ans. Ici encore, il faudra faire quelques restrictions et prendre en considération, l'âge du sujet et sa force de résistance.

Si nous voulons résumer les caractères symptomatologiques de la péritonite tuberculeuse, nous les diviserons en trois séries :

1° Signes physiques ;

2° Troubles des fonctions digestives et douleurs abdominales ;

3° Signes généraux.

Nous allons maintenant rechercher si l'étude de ces phénomènes peut permettre de poser un diagnostic certain de tuberculose péritonéale à son début.



TROISIÈME PARTIE

CHAPITRE I

DIAGNOSTIC

En 1820, dans la thèse sur la péritonite chronique, Testu écrivait les lignes suivantes : « Il est peu de maladies plus difficiles à reconnaître dès leur principe, que cette nuance de péritonite que l'on appelle latente, parce qu'elle ne se manifeste clairement qu'après des progrès funestes ».

Nous verrons d'après les observations que contient ce travail, combien cette assertion est juste, et quelles difficultés rencontre le médecin pour établir nettement l'existence d'une péritonite tuberculeuse. Dans bien des cas, malheureusement trop nombreux, l'autopsie seule a pu révéler l'erreur que l'on avait commise et montrer que la maladie que l'on avait prise pour un kyste de l'ovaire, une cirrhose atrophique ou même une grossesse était une tuberculose péritonéale.

A la période initiale, en effet, l'absence de tout signe

caractéristique ne peut permettre que de soupçonner le mal. Ce que l'on rencontre le plus constamment, c'est l'amaigrissement, la diarrhée. Ces deux symptômes devraient éveiller l'attention du praticien. Une diarrhée prolongée, un amaigrissement de plus en plus accentué, survenant sans cause connue, ne dépendant d'aucun vice d'alimentation, seront à bon droit, considérés comme les indices d'une affection maligne. Mais peut-on se baser sur ces deux signes pour formuler un diagnostic de péritonite tuberculeuse ? N'existent-ils pas tous deux dans un grand nombre de maladies ? Nous les trouvons dans l'entérite chronique, dans la tuberculose proprement dite, dans la cachexie palustre. Ils caractérisent la période ultime de toute affection cancéreuse. Le seul moyen de donner à chacun de ces signes sa valeur respective, c'est l'examen microscopique, soit du sang, soit des crachats, soit des déjections du malade. L'existence dans les globules sanguins de l'hématozoaire de Laveran, l'absence de tout signe pulmonaire, feront songer au paludisme à l'exclusion de la tuberculose. La présence du bacille de Koch dans les crachats d'un individu qui offre d'autres signes de tuberculose, soit cutanée, soit organique, feront songer à une manifestation de cette tuberculose sur la séreuse péritonéale.

Il ne faut pas davantage considérer l'ascite comme un signe capable de faciliter le diagnostic. Les affections abdominales s'accompagnent très souvent d'épanchement péritonéal et avec M. Sebileau, on peut dire « que toute tumeur du petit bassin peut provoquer de l'ascite » (thèse Paris.

1889. Epanchement du péritoine dans les tumeurs de l'appareil génital de la femme). Le kyste, le cancer colloïde, le sarcome encéphaloïde de l'ovaire, produisent généralement de l'hydropéritoine. Comment, dans ces conditions, affirmer qu'une ascite est symptomatique d'une tuberculose du péritoine ?

Si nous envisageons l'élément douleur, nous voyons que l'importance que lui ont prêtée certains auteurs, Grisolle entre autres, est un peu exagérée. Son inconstance suffirait à elle seule pour la faire rejeter comme signe initial de péritonite bacillaire. Sur six observations consignées dans la thèse de Jarrige, elle n'est notée qu'une seule fois. Parmi les sept malades dont Hémey a relaté l'histoire, un seul a eu des douleurs abdominales vives ; un autre a eu quelques symptômes douloureux très peu marqués ; les cinq derniers n'avaient jamais souffert. Enfin, on trouve cité dans les auteurs classiques, le malade de Grisolle, qui, pour montrer la parfaite indolence de son affection, se frappait le ventre à coups de poing. — De ce que nous venons de dire, il ne faudrait pas supposer que la douleur n'existe jamais dans la péritonite tuberculeuse. Mais nous pensons que quand elle se présente avec une intensité telle que le sujet ne peut supporter le palper abdominal, même pratiqué légèrement, c'est que l'affection est déjà loin de son début, que probablement il existe quelques-unes de ces lésions ulcéreuses que nous avons décrites dans un chapitre précédent. De plus, dans les cas où cette douleur est très

marquée, le malade présente des localisations pulmonaires très avancées.

Les troubles généraux ne doivent pas nous arrêter bien longtemps. Ils sont l'apanage d'affections nombreuses. Ceux que l'on constate dans la phthisie, se retrouvent avec la même netteté dans la cachexie palustre et dans la cachexie cancéreuse. Aussi, ne devra-t-on leur donner qu'une valeur minime.

Il nous faut maintenant examiner quelles affections peuvent être confondues avec la péritonite tuberculeuse. Les auteurs que nous avons consultés à ce sujet, rapportent bien des erreurs de diagnostic, mais ils n'insistent peut-être pas assez sur les moyens d'éviter ces erreurs. C'est donc à l'étude des symptômes propres à chacune de ces affections, que nous nous attacherons plus particulièrement. Nous examinerons successivement :

1° La grossesse. — 2° Le développement simple du ventre. — 3° La tympanite. — 4° Le carreau. — 5° Certaines tumeurs du foie ou de la rate ; la syphilis viscérale. — 6° Le kyste de l'ovaire. — 7° La cirrhose. — 8° La péritonite chronique simple, alcoolique ou cancéreuse. — 9° La fièvre typhoïde. — 10° La tuberculose des organes génitaux. — 11° Les collections purulentes du bas-ventre. — 12° Le kyste du mésentère. — 13° L'ascite essentielle.

Il semble étonnant de trouver la grossesse en tête de cette nomenclature. Cependant la confusion est possible et a été faite : « Les masses tuberculeuses sont quelquefois si « considérables, dit Cruveilhier, que les intestins englobés

« au milieu d'elles, constitue une grosse masse sphéroïde
« ou ovoïde, pui en a quelquefois imposé pour une gros-
« sesse. » — Il existe peu d'observations de ce genre
d'erreur. La première en date est celle qui a été rapportée
en 1826, à la société anatomique par Thouret : « Il s'agissait,
« dit le Bulletin de cette époque, d'une péritonite chroni-
« que qui fit croire à l'existence d'une grossesse et qui ne
« fut reconnue qu'après la mort de la malade, au moment
« où l'on pratiquait l'opération césarienne, dans l'intention
« d'extraire le fœtus, que l'on croyait vivant. » — Nous
possédons aujourd'hui des signes qui permettent d'affirmer
qu'une femme est enceinte. Aussi n'insisterons-nous pas sur
la possibilité d'une pareille méprise que tout médecin atten-
tif peut facilement éviter.

Le développement simple du ventre a maintes fois été
pris pour de la péritonite tuberculeuse (Rilliet et Barthez).
Cet état, fréquent chez les jeunes sujets atteints de rachi-
lisme, s'accompagne généralement d'autres signes de rachi-
lisme, et l'existence de ces signes est le seul élément de
diagnostic différentiel que possède la clinique.

La tympanite facilite d'autant plus la confusion que
souvent la péritonite tuberculeuse a pour symptôme domi-
nant le tympanisme. Les jeunes enfants surtout sont sujets
à cette affection, dont les symptômes caractéristiques sont la
vivacité et la soudaineté des douleurs qu'elle provoque.
Plus rare chez l'adulte, elle est généralement liée à une
compression intestinale de cause quelconque, et plus sou-
vent à un état neurasthénique assez marqué. Une constipa-

tion opiniâtre, l'existence d'autres signes névropathiques devront faire penser à la possibilité d'une tympanite.

Bouchut confondait dans une même description la phthisie mésentérique, ou carreau la tuberculose intestinale, et la tuberculose péritonéale. C'est dire assez l'analogie des symptômes de ces trois affections, si difficiles à différencier l'une de l'autre. Allant à l'encontre de l'opinion de Bouchut, Rilliet et Barthez prétendent qu'il est « rare de « voir coïncider la phthisie mésentérique avec la phthisie « du péritoine. »

Cependant, si nous nous reportons aux vingt observations de péritonite tuberculeuse infantile rapportées par Maleval (Thèse de Lyon 1894) nous voyons que sur ces vingt cas suivis de mort avec autopsie, on a trouvé onze fois la dégénérescence caséeuse des ganglions mésentériques. — Le 11 octobre 1893, Pic, à la Société de Chirurgie rapportait une observation de Carreau, avec péritonite tuberculeuse chez une jeune femme de 30 ans. L'opinion de Rilliet et Barthez, qui veut faire du carreau une maladie bien isolée, indépendante de la péritonite bacillaire, n'est donc vraie que dans la moitié des cas. Par suite, les chances de confusion entre ces deux affections sont augmentées de beaucoup. Voyons s'il n'y a pas quelques signes qui puissent nous faciliter le diagnostic. Dans le carreau, il y a souvent absence de tension de ballonnement du ventre et ce signe serait pathognomonique, d'après Rilliet et Barthez. La présence d'une tumeur péri-ombilicale ne peut-être d'aucun secours, car elle existe aussi souvent dans l'une que

dans l'autre maladie. Hémey donne l'état général du sujet comme élément de diagnostic. « Dans l'immense majorité
« des cas, dit-il, le carreau est une tuberculisation locale se
« rapprochant beaucoup de certaine forme pulmonaire qui
« arrive très vite à suppuration, fait une vaste caverne, puis
« reste là comme un cautère permanent mais n'agit en grande
« en aucune façon sur la santé générale, ou fort peu, du
« moins ; aussi voyons-nous les auteurs les plus expérimentés nous dire que les enfants affectés de carreau mangent
« bien, très bien, et qu'ils sont parfois même voraces. Ils ont
« de la diarrhée, mais la nutrition se fait encore très convenablement. » — Il est certain qu'il existe des enfants chez lesquels la phthisie mésentérique évolue d'une façon si bénigne que la santé est à peine altérée. Il est cependant un signe, trop, négligé, peut-être, et qui a pourtant sa valeur. C'est le suivant : Indépendamment de l'envahissement des ganglions mésentériques, on trouve souvent chez les enfants des manifestations tuberculeuses dans le système lymphatiques du cou et des plis articulaires. C'est là un fait qu'on ne rencontre pas souvent dans la péri-*onite*. La présence d'adénites tuberculeuses cervicales suppurées, de fistules, soit au cou, soit dans l'aîne, doivent éveiller l'attention, car assez souvent elle coïncide avec une localisation du bacille dans la séreuse péritonéale.

Les néoplasmes du foie ou de la rate, fréquents chez l'adulte, sont exceptionnels à un âge où l'on constate au contraire plus fréquemment l'existence de la péri-*onite* tuberculeuse. Les affections cancéreuses doivent être mises

de côté quand il s'agira d'un enfant ou même d'un adulte de 20 à 30 ans. La diathèse cancéreuse, en effet, ne se manifeste guère avant 45 ans et on ne doit considérer que comme une curiosité pathologique les faits dans lesquels le cancer s'est développé, par exemple à l'âge de 19 ans (cas de Debove). Nous dirons la même chose de la dégénérescence graisseuse et de la dégénérescence amyloïde du foie.

Mais il est deux affections que l'on rencontre fréquemment, l'une chez les jeunes sujets, surtout les garçons, l'autre chez l'adulte : Ce sont, d'une part, la tuberculose hépatique, et d'autre part la syphilis viscérale. Dans 8 cas sur 10, Thaon a découvert des nodules tuberculeux dans le foie d'enfants, ayant succombé à une affection que l'on croyait être une péritonite tuberculeuse. Ces nodules, en effet, tant qu'ils sont petits, ne donnent lieu à aucun symptôme, et ce n'est que lorsqu'ils deviennent volumineux, qu'ils produisent de l'ascite et une altération scléreuse du foie analogue à la cirrhose.

La syphilis viscérale doit être recherchée avec soin. Elle comporte un pronostic et un traitement bien différents de ceux de la péritonite tuberculeuse. Les antécédents personnels seront pris en grande considération, car ils permettent de se prononcer du premier coup. Dans la péritonite tuberculeuse, comme aussi dans la syphilis viscérale, on rencontrera de l'ascite, mais dans la première de ces maladies, cette ascite peut se résorber, tandis que dans la seconde, elle tend à augmenter. Il est cependant des cas où le diagnostic est des plus difficiles, comme le montre

l'observation suivante publiée par Hémey dans sa thèse et que nous rapportons en résumé.

OBSERVATION I

V..., 54 ans. Début de l'affection assez obscure ; le malade ne donne que peu de renseignements sur l'origine de sa maladie. Il a remarqué cependant que son ventre augmentait de volume, premières douleurs abdominales le 15 février 1869. A son entrée, le 10 mars, on constate une ascite assez considérable. L'abdomen est dur, la percussion semble indiquer la présence d'autres intestinales dans l'hypogastre. On diagnostique une péritonite tuberculeuse, — le foie est petit, caché sous les côtes. Rien aux poumons. Le testicule droit contient un kyste, mais aussi une partie dure et irrégulière. On donne deux grammes d'iodure de potassium par jour. Sous l'influence de ce traitement, les symptômes s'amendent et le malade demande à quitter l'hôpital bien qu'il ne soit pas guéri complètement.

Dans cette observation tout faisait donc croire à une péritonite tuberculeuse. C'est par la présence de cette tumeur testiculaire que l'on pût rectifier le diagnostic et instituer un traitement rationnel. On devra donc faire un examen le plus complet possible du malade et n'ajouter qu'une médiocre confiance à tout ce qu'il peut dire, car les renseignements qu'il donne sont souvent bien éloignés de la vérité.

Les difficultés s'accroissent et deviennent presque insur-

montables quand le malade est à la fois tuberculeux et syphilitique. Les symptômes des deux affections s'unissent alors. La céphalée, les sueurs nocturnes existent concurremment et il est presque impossible de dire si l'une de ces deux maladies se présente seule à l'exclusion de l'autre. Le traitement pourrait renseigner le médecin mais les résultats qu'il donne sont souvent insuffisants.

Les cas dans lesquels on a pris une péritonite tuberculeuse pour un kyste de l'ovaire, sont assez nombreux. L'erreur est ici plus excusable. Mais nous pensons, qu'aidé par l'examen minutieux des symptômes et en particulier de l'épanchement on peut arriver à éliminer l'une des deux lésions. L'étude des signes physiques donne dans l'un et l'autre cas, à peu près les mêmes résultats. L'examen des signes rationnels mérite un plus grand intérêt. La marche, la durée de l'épanchement sont des signes qui bien étudiés suffiront le plus souvent, à éclairer le médecin. Certes le liquide ascitique peut s'enkyster de telle façon qu'il simule à s'y méprendre un kyste de l'ovaire, mais il ne faudra pas se fier à cette seule particularité. On interrogera la femme. Si d'une part elle répond que son ventre a grossi tout à coup, en quelques jours, en quelques semaines, si d'autre part l'état général est grave, les troubles fonctionnels accentués, si surtout il existe des signes du côté du poumon, on pourra affirmer avec certitude une péritonite tuberculeuse. Jamais, en effet, le kyste de l'ovaire ne présente un syndrome aussi caractérisé. Il met plusieurs mois, plusieurs années à grossir. Il est indolent pendant toute sa durée. Enfin à l'inverse

de l'ascite tuberculeuse, il ne diminue jamais et tend toujours à augmenter, jusqu'à produire des accidents qui nécessitent une intervention rapide. De plus dans le kyste de l'ovaire l'état général ne devient grave qu'à la période ultime de la maladie. Alors seulement apparaissent la cachexie et la diarrhée. Dans la péritonite tuberculeuse l'état général est mauvais dès le début. Si donc on prête quelque attention à ce qui vient d'être dit, le diagnostic n'offrira pas l'ombre d'une difficulté. Il existe cependant une observation où le kyste de l'ovaire était accompagné d'une péritonite tuberculeuse. Elle a été notée par Ponger de Leipzig. Ce chirurgien opéra une femme de 67 ans pour un kyste de l'ovaire. A l'ouverture du ventre il trouva des adhérences nombreuses qui furent romues sans peine ; il n'y eut pas d'hémorragie abondante. Ponger s'aperçut alors qu'il y avait des granulations disséminées dans le péritoine. L'affection semblait avoir pour origine la trompe de Fallope qui fut enlevée avec le kyste. La trompe avait la grosseur d'un doigt et était remplie de matière caséuse. L'examen bactériologique montra de nombreux bacilles. Le contenu de l'utérus avait l'aspect tuberculeux, mais on n'y trouva pas de bacilles ; la malade guérit sans élévation de température. Ce fait nous a paru digne d'être rapporté pour deux raisons : 1° la coexistence d'une péritonite tuberculeuse et d'un kyste de l'ovaire 2° l'existence d'une tuberculose péritonéale à un âge aussi avancé. On conçoit que dans de telles conditions le diagnostic soit des plus difficiles. La prédominance de tel ou tel symptôme, fera croire à l'une ou l'autre affection, mais il

sera impossible de dire qu'à côté du kyste il existe une péritonite bacillaire.

Il serait facile de citer les cas dans lesquels on a commis cette erreur de diagnostic. Celui de Spencer Wells date de 1862 et a été rapporté par bien des auteurs. Labbé a opéré trois malades atteintes de péritonite tuberculeuse et chez lesquelles on avait diagnostiqué un kyste de l'ovaire. Hémey en cite un cas dans sa thèse. Dorhn fit, en 1878, une laparatomie chez une petite fille de quatre ans pour un kyste de l'ovaire, et se trouva en présence d'une péritonite tuberculeuse diffuse. En 1883, Lindsfords opère une jeune servante de 18 ans pour un kyste ovarique et met à nu un péritoine granuleux avec ascite enkystée cause de l'erreur du diagnostic. Boerner, Battlenher, Wagner ont fait plusieurs laparatomies, pensant avoir affaire à un kyste et ont trouvé le péritoine parsemé de granulations. Ces erreurs, commises par des gens expérimentés, sont autant de preuves des obstacles qui peuvent se présenter quelquefois dans le diagnostic de ces affections abdominales.

Depuis les belles recherches de Leudet et Lancereaux sur la cirrhose, de Tapret et Delpeuch sur la péritonite chronique, le diagnostic de ces états morbides est devenu bien plus facile. Il semblerait qu'il n'y eût qu'à prendre un à un chacun des symptômes énumérés par ces auteurs, pour poser du premier coup un diagnostic ferme. Tel n'est pas le cas. Les observations ci-dessous sont là pour donner la preuve du contraire. L'étude des antécédents personnels ne peut être considérée comme possédant une réelle valeur. Il

Il y a des cas dans lesquels des sujets, alcooliques avérés, présentaient seulement des lésions tuberculeuses du péritoine sans aucun signe de cirrhose hépatique. MM. Lancereaux et Tapret ont crû trouver dans la cirrhose des particularités étrangères à la péritonite tuberculeuse. D'après M. Lancereaux, le réseau veineux supplémentaire est sus-ombilical dans la cirrhose et sous-ombilical dans la péritonite chronique. Pour Hemey, ce signe ne mérite aucune confiance, car il manque souvent. Tapret a invoqué l'hypertrophie de la rate et la diminution de volume du foie comme signes pathognomoniques de la cirrhose de Laënnec. Chacun de ces signes est, croyons-nous, d'une constatation difficile. Prenons l'hypertrophie de la rate. Nous savons que même dans les états pathologiques où l'ascite fait défaut, on la perçoit difficilement. On peut juger, par là, combien, dans un abdomen distendu par une quantité considérable de liquide, cette exploration sera hérissée de difficultés. De même, la limite inférieure du foie ne peut être jugée exactement. Il est possible bien, que cela soit rare, de trouver un foie diminué de volume, dans la péritonite tuberculeuse comme dans la cirrhose. Et, dans ce cas, comment déterminer l'étendue d'un organe ainsi caché sous les côtes ?

Le volume exagéré du foie est plus fréquent dans la tuberculose péritonéale et pourrait à la rigueur faire éviter une confusion. Mais, n'y a-t-il pas des cirrhoses hypertrophiques qui s'accompagnent de fièvre assez vive, atteignant parfois 39° et 40°. Ces cirrhoses hypertrophiques, il est vrai,

ne présentent jamais d'ascite. C'est là un caractère important qu'on ne devra pas négliger.

En résumé, ici encore, il est difficile de se prononcer immédiatement pour ou contre une péritonite tuberculeuse. Avec Hemey, nous dirons « qu'il n'y a aucun signe, non « pas pathognomonique, mais seulement probable pour « établir notre diagnostic, et c'est en suivant la marche de « de la péritonite tuberculeuse que nous pourrions arriver à « établir des signes distinctifs ».

OBSERVATION II

Thèse Jarrigue 1883. Résumé.

(Péritonite tuberculeuse prise pour une cirrhose.)

J. B., soldat, 24 ans. Parents tuberculeux. Antécédents personnels. Blennorrhagie, pas d'autres maladies. Etat actuel : amaigrissement, anorexie, augmentation de volume du ventre qui est distendu, volumineux, douloureux. Limite supérieure du foie normale. Limite inférieure rien d'appréciable. Matité et craquements dans le poumon droit. Induration épiphydimaire.

Diagnostic. — Cirrhose.

Pendant son séjour à l'hôpital, dyspnée continue. Dans les derniers jours affaïssement du ventre. Etat général aggravé. Mort.

Autopsie. — Tubercules au sommet droit. Commencement

d'induration à gauche. Tubercules du péricarde, fausses membranes. Rien au foie. Sérosité citrine dans le péritoine, fausses membranes parsemées de granulations tuberculeuses. Testicules tuberculeux.

OBSERVATION III.

Traduction personnelle. (Rapportée par le Dr Leone Sestini.)

Péritonite tuberculeuse. Erreurs de diagn. Autopsie (Gazetta degli hospitali. N° du 19 Déc. 1893).

M. L., 72 ans, né à Campo Bèzenzio (Firenze). Rien à noter dans ses antécédents héréditaires et personnels. Il a eu la rougeole dans son enfance. Il y a 8 fils vivants dont un épileptique. En 1844 il a souffert d'une affection pulmonaire à lente résolution (probablement une pneumonie). Environ 3 ans après il eut une ischialgie à droite, qui lui a laissé une parésie du membre inférieur correspondant. Il y a un an il a commencé à avoir des douleurs insidieuses à l'épigastre, douleurs qui partaient du quart supérieur droit de l'abdomen et se terminaient dans la région lombaire du même côté. Ces douleurs étaient comme un déchirement qui durait parfois quelques heures, parfois tout le jour et qui cessait subitement. 24 ou 48 heures après l'attaque apparaissait l'ictère. On diagnostiqua une colique hépatique. Les accès vont en se répétant à des intervalles variant de 2 ans à quelques jours et le malade est tellement habitué à les supporter qu'il continue à vaquer à ses occupations de tanneur. Ne boit

pas, ne fume pas, jamais d'excès vénériens, pas de syphilis. Le 12 Décembre 1892 il fut prit d'une de ses attaques ordinaires qui le contraignirent à recourir au médecin. Il vint me trouver et voici ce que je constatai. Le malade est homme bien conformé, d'un teint blanc rosé. Le membre inférieur droit est légèrement hypertrophié. L'expression du visage est celle d'un homme qui vient de souffrir. Les muscles de la face sont vigoureusement contractés. Le malade gémit de temps à autre. Ni céphalée, ni vomissements. Il accuse une douleur qui née de l'épigastre va se terminer à la région lombaire droite, douleur déchirante, à accès, et produisant une sensation de brûlure. En examinant la région hépatique sur laquelle il convient de porter l'attention, si l'on s'en rapporte aux anamnestiques, je trouvai le foie légèrement et uniformément agrandi, le bord libre ne présentant ni bosselure, ni irrégularité. Langue pâteuse, haleine légèrement fétide, anorexie, constipation, urine rouge brun, sédimenteuse. Rien de plus à noter, pas de toux, ni de troubles cardiaques, pas d'athérome de la temporale, ni de la radiale. Pouls rare et lent. Apyrexie.

Je diagnostique une colique hépatique consécutive à une lithiase biliaire et je prescrivis, la morphine, les cataplasmes chauds, les lavements alcalins, l'eau de Carlsbad. Les douleurs ne diminuaient pas ; l'ictère apparut deux jours après l'accès ; constipation opiniâtre. La douleur était si accentuée que la percussion était pénible pour le malade. Pour ces motifs je commençai à admettre qu'il venait de se former en quelques points une zone de péritonité et en tenant compte des sensations de pesanteur que le malade accusait à l'estomac, après avoir ingéré la plus petite quantité de boisson, je fus amené à croire à un néoplasme qui comprimait le foie.

Pendant environ 20 jours, le même état se prolongea, tantôt plus, tantôt moins accentué, si bien que pour atténuer ma responsabilité et obéir au désir de la famille, je crus bien faire d'appeler mon savant collègue le Dr Ugo Beniné. A l'examen du malade que nous fîmes ensemble, conformément à toutes les données précédentes, nous remarquâmes une augmentation de volume de l'abdomen, un météorisme notable et une légère ascite. Nous nous arrêtâmes au diagnostic de tumeur maligne du hile du foie, en tenant compte de la dénutrition encore plus marquée du patient (malgré l'administration d'aliments liquides d'un pouvoir nutritif assez considérable). Nous convinmes de combattre la paralysie intestinale avec des drastriques puissants en traitant symptomatiquement les autres manifestations morbides. Nous donnâmes l'huile de ricin, l'huile de croton; mais sans résultats. Seules des doses élevées de podophylle amenèrent un soulagement. Les fèces étaient moulées et légèrement colorées par la bile, fait qui pour nous avait une grande valeur, puisqu'il nous prouvait qu'il s'écoulait de la bile dans l'intestin et qu'il n'y avait pas de calcul dans le canal cholédoque.

Du 2 au 4 janvier les douleurs épigastriques augmentèrent; l'insomnie continua et nous décidâmes de recourir à la morphine en injections hypodermiques. Le malade fut soulagé. Mais l'état général ne s'amende pas, l'ictère persiste. L'anorexie, le dépérissement augmentent tellement que nous ne doutons plus du diagnostic de tumeurs maligne et que nous formulons un pronostic fatal à brève échéance.

On soutient le malade avec une petite quantité d'alcool et des excitants.

Le 6 janvier, piqûre d'éther. Trois ou quatre jours après commence l'œdème des membres inférieurs qui graduellement

gagne les parties supérieures. En peu de jours le cadre symptomatique s'aggrave tellement que je jugeai la mort imminente. En effet l'œdème se propage au tronc et aux membres supérieurs. Il se fait une pneumonie hypostatique avec dyspnée grave, ralentissement du cœur que rien ne peut relever et le 16 janvier 1893 le malade meurt, n'ayant jamais présenté la moindre élévation de température laquelle a toujours oscillée entre 38,8 et 37° 4.

Avec le consentement de la famille je procédai à l'ouverture de la cavité abdominale assisté du Dr Benini. A l'incision du péritoine il s'écoula environ 6 litres d'un liquide sereux, citrin, clair. Les anses intestinales ont leur position normale et sont un peu distendues par des gaz. Ce qui frappa immédiatement notre attention ce fut de voir toute la surface péritonéale, pariétale et viscérale, parsemée d'un grand nombre de granulations d'un blanc jaunâtre dont la grosseur variait d'une tête d'épingle à une lentille. Le péritoine épaissi adhérait çà et là aux anses intestinales et à l'épiploon. Le bord libre du foie était caché à 0.01 environ du bord costal, le lobe gauche légèrement plus grand que normalement. Le vésicule biliaire dépassait le bord libre.

A la section du canal cholédoque on rencontre une résistance que l'on reconnaît être un calcul. Au premier coup d'œil jeté sur le cholédoque, on voit que la lumière en est occupée par une masse de couleur noir-verdâtre. A la pression on en fait sortir un calcul de 0.03 de long sur un peu plus de 4 centimètre à surface irrégulière, comme résultant de l'union de plusieurs calculs les uns gros, les autres petits.

La surface du foie est également parsemée de granulations miliaires. Le volume de l'organe est normal. A la section il

résiste et crie sous le scalpel. Des voies biliaires s'écoule une petite quantité de bile.

Rien d'anormal dans la rate, les reins et l'estomac.

Nous convenons alors de formuler le diagnostic suivant :

Calcul et cirrhose biliaire, péritonite tuberculeuse avec ascite.

Remarques. — Dans les deux observations ci-dessus, l'erreur de diagnostic était difficile à éviter. Peut être dans la première un examen plus attentif du malade eût il conduit au diagnostic vrai. Mais dans la seconde pouvait on même soupçonner une péritonite tuberculeuse ? Assurément non. Deux raisons s'y opposaient : l'âge du malade, 72 ans, et ensuite l'absence de toute manifestation tuberculeuse. Ce vieillard n'a jamais toussé. Jamais il n'a eu de sueurs nocturnes. A aucune de sa maladie, la température n'a dépassé 37°4. Ce cas était donc réellement difficile par ce fait même de l'existence simultanée de trois lésions : calcul, cirrhose, péritonite bacillaire.

L'existence de la péritonite chronique simple non tuberculeuse a été mise en doute pendant longtemps, à cause de son extrême rareté. Mais, depuis les recherches de Delpeuch et les observations qu'il a publiées dans les Archives de médecine pour l'année 1884, cette affection est définitivement entrée dans le cadre nosologique. Les symptômes sont à peu près semblables à ceux de la péritonite tuberculeuse. Elle peut succéder, quoique le fait soit rare à une péritonite aiguë ou même être chronique d'emblée.

Il existe encore une autre variété de péritonite chronique d'origine alcoolique. Elle a été étudiée par Leudet,

mais surtout par Lancereaux, qui lui assigne les caractères suivants : « Douleur généralement sourde, déterminée sur « différents points de l'abdomen, accusée par la percussion « tout au moins à la première période du mal, avec augmen- « tation de volume et inégalité de l'abdomen, sans dilata- « tion des veines sous-cutanées, sensation de flux, dépla- « cement incomplet du liquide épanché, absence de « déplacement des anses intestinales à la palpation, parfois « diarrhée concomittante, dyspepsie et souvent cachexie. » (Lancereaux, article Alcoolisme du dictionnaire des Sciences Médicales, page 636). En face de ce syndrome clinique, les plus grands embarras peuvent surgir. Chacun des symptômes de cette péritonite alcoolique est signalé également dans la tuberculose péritonéale. Mais ici, une erreur de diagnostic ne porte pas grand dommage au sujet, le pronostic reste sensiblement le même dans les deux cas. Néanmoins, et malgré la rareté de ces affections, on devra, quand on ne trouve aucun symptôme de tuberculose, songer à l'existence possible d'une des variétés de péritonite chronique décrite par Delpeuch et Lancereaux.

Le cancer du péritoine a, lui aussi, occasionné de fréquentes méprises. Mais ici encore, les difficultés sont plutôt apparentes que réelles, et les éléments de diagnostic ne manquent pas. L'âge du malade est déjà d'une grande utilité, et nous ne reviendrons pas ici sur ce que nous avons dit plus haut à ce sujet. De plus, la péritonite cancéreuse est toujours secondaire à une affection cancéreuse d'un des organes abdominaux, soit du foie, soit de l'estomac, et qui

a été vérifié par des symptômes qui lui sont propres. La marche du cancer est en général beaucoup plus rapide que celle de la tuberculose, et elle s'accompagne d'accidents hémorragiques souvent fort graves. Enfin, au point de vue du pronostic, la différence est capitale. Le cancer tue en l'espace de dix-huit mois à deux ans, la tuberculose péritonéale, au contraire, est susceptible d'amélioration et même de guérison.

OBSERVATION IV

(Traduction personnelle. The Lancet 1893. T. 1, p. 730)

Péritonite tuberculeuse simulant une tumeur maligne.

Malade soigné par le Dr Conolly Norman. Constitution bonne. Pas de toux. Amaigrissement, pâleur, survenus à la suite de chagrins. Léger ictère. A l'examen, on ne trouve rien au poumon. Il y a un peu d'ascite à l'inspection de l'abdomen on trouve une tumeur volumineuse au niveau de l'ombilic. Cette tumeur est mobile. On diagnostique un cancer de l'épiploon, cancer colloïde, secondaire à un cancer de l'estomac. Le malade meurt.

Autopsie. — On ne trouve aucune masse cancéreuse ni dans l'estomac, ni dans l'intestin. Le mesentère est tapissé d'une multitude de granulations confluentes. Le grand épiploon forme une masse volumineuse, unie, mesurant 2 et 3 pouces dans sa plus grande épaisseur. L'examen microscopique montra que l'on était en présence de produits tuberculeux.

La tuberculose débute quelquefois à la façon d'une fièvre typhoïde, et c'est à M. le professeur Dieulafoy que l'on doit de bien connaître cette particularité. Nous avons eu l'occasion d'observer à la Charité, dans le service de M. Moutard-Martin, une jeune malade atteinte de phthisie pulmonaire, avec péritonite tuberculeuse, ayant simulé à son début une dothiéntérie. Voici son observation détaillée et suivie de deux autres semblables, reproduites en résumé.

OBSERVATION V

(Personnelle)

Péritonite tuberculeuse ayant débuté par des accidents typhoïdes. Mort. Autopsie.

Jeanne P..., âgée de 46 ans, domestique, entrée à la Charité le 23 mars 1895, dans le service de M. Moutard-Martin, salle Audral, lit n° 29.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de maladie inconnue. Père bien portant. Trois sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels. — Aucune maladie d'enfance. Réglée à 14 ans, régulièrement, sans douleurs, règles peu abondantes durant 3 à 4 jours. La malade a été domestique dans une maison où elle frottait beaucoup, ce qui amenait une fatigue excessive.

La maladie actuelle a débuté le 16 mars 1895 par des maux de tête intenses, des vertiges, du gonflement du ventre, et des

douleurs abdominales vives. Quelques vomissements alimentaires et bilieux, diarrhée un peu liquide, avec grumeaux jaunâtres.

Etat actuel. — La toux est très marquée. La malade est abattue et fortement amaigrie. Le ventre est toujours douloureux, empaté son volume, au dire de la malade, a diminué beaucoup. L'appétit est conservé. Rien à l'auscultation du poudmon.

A son entrée, la température du soir atteint 40,5. On conseille 0,60 de quinine en 2 fois, un todd, du café et deux lavements boriqués.

Le 26, Temp. m. 40. T. S. 40,1 vomissements. Même traitement.

Le 27, T. M. 39,9. T. S. 40,4 les vomissements persistent, on note, sur l'abdomen, la présence de taches rosées lenticulaires en petit nombre. Ventouses.

Du 27 mars au 10 avril, la T. oscille entre 39,1 le matin et 40 le soir ; la malade prend chaque jour deux bains froids qui la soulagent.

Le 10 avril, on donne de la caféine. Les vomissements ont disparu.

Le 15, T. M. 38,9. T. S. 39,4. 1 gr. de naphthol. Les jours suivants le naphthol est continué et porté à 2 gr. le 24 avril ; depuis la veille, on fait des lotions froides sur le corps. La température reste toujours au-dessus de 38°.

Le 29 avril, on supprime la quinine et on la remplace par l'antipyrine.

Le 12 mai, suppression du naphthol. L'état général reste grave.

Le 13 mai, suppression des lavements. Potion de Rivière, 2 gr. de bismuth, agaric, caféine 0,50 en 2 fois. Les vomissements reparaissent. De nouveau on donne des bains froids.

Le 20, frictions à l'huile d'amandes douces, compresses d'essences de térébenthine sur le ventre pendant 3 ou 4 jours.

Le 26, la malade a eu 3 crises : la 1^{re} le matin à 5 h. 1/2. Convulsions, écume à la bouche, selles involontaires, inconscience absolue au réveil. La 2^e crise à 2 h. 1/2, l'après-midi accompagnée de congestions de la face. La 3^e crise à 8 h. Du soir. On donne un lavement au chloral. 2 piqûres d'éther. T. M. 38,9. T. S. 39,4.

Le 27 suppression des bains. 4 grammes de bromure de potassium.

Le 28, la malade à une crise semblable aux précédentes, mais d'une intensité plus grande.

Le 29, 2 grammes de chloral en potion, 4 grammes de bromure de potassium — Potion de Rivière. Café — Pas de nouvelles crises.

Jusqu'à ce jour la malade à pris 142 bains froids d'une durée de 10 à 15 minutes chacun. La température du corps avant et après le bain à varié de 1/10 ce 8/10 de degré.

L'état général s'aggrave de jours en jours. La mort arrive le 3 juin.

Autopsie. — Péritoine épaissi, granulations nombreuses, confluentes.

Epiploon épais de 0,01 d'ur infiltré, adhérent à la paroi abdominale.

Organes génitaux sains à l'exception des trompes qui sont remplies de matière caséuse.

Foie gras.

Cœur mou.

Poumons granuleux, les granulations sont disséminées des deux côtés — Adénopathie trachéo-bronchique.

Granulations du côté de la scissure de Sylvius à droite, et dans les méninges (ce qui explique les crises éprouvées par la malade dans les derniers jours de son existence).

Un peu de liquide dans le péritoine, et dans la plèvre gauche.
Péricarde sain.

OBSERVATION VI

(Résumée, Th. Heurtaut 1882.)

*Péritonite tuberculeuse ressemblant à son début à une
dothiéntérie*

Ernestine G., 23 ans, domestique, entrée à Saint-Antoine, service de M. Duguet, le 30 juin 1880. Signes de tuberculose pulmonaire assez avancée, céphalée, coliques, insomnie, vomissements verdâtres. Apparition de taches rosées, douleur et ballonnement du ventre, fièvre très vive, diarrhée opiniâtre.

Cet état persiste jusqu'au mois de septembre de la même année. La mort arrive le 15 octobre.

Autopsie. — Cœur petit, mou. Tubercules et cavernes dans les poumons. Le péritoine paraît sain. Pas de liquide ni de fausses membranes. Granulations jaunâtres sur l'intestin grêle. A certains endroits, ulcérations profondes. Les ganglions mésentériques sont pris, volumineux. Foie gras. Rien du côté du cerveau et des organes génitaux.

OBSERVATION VII

(Th. Maurange. Résumée)

Fièvre typhoïde et tuberculose péritonéale

Jeune fille de 16 ans ayant présenté les symptômes suivants : abattement, anorexie, douleurs lombaires, diarrhée et frissons. Température très élevée, ventre dur, taches rosées disséminées sur le ventre et sur le dos. Ces symptômes s'amendaient à l'exception du volume du ventre. Puis, de nouveau, la malade retomba ; on fit le diagnostic de tumeur maligne à point de départ vraisemblablement ovarique.

Laparotomie. Le péritoine est granuleux, recouvert d'une fausse membrane de 3 centimètres d'épaisseur environ. L'opération n'eût pas de suites fâcheuses, la malade guérit rapidement. Il n'y avait rien au poumon, ni avant ni après la laparotomie.

Remarques. — D'après les faits qui précèdent, on voit qu'il était impossible dans aucun des 3 cas de faire au moins au début d'autre diagnostic que celui de fièvre typhoïde. Il y avait là tous les symptômes d'une dothiénténie, seuls les vomissements eussent pu faire penser à une autre affection. Chez la malade, dont l'observation nous est personnelle, ces vomissements ont été d'une fréquence extrême. De plus la température des typhiques n'atteint pas 40° d'emblée, il faut au moins 7 jours, pour quelle arrive à ce degré. Notre malade et celle de Heurtault ont eu l'une 40,5 et l'autre 41 dès le début de l'affection. La présence de taches rosées a pu faciliter l'erreur de

diagnostic. Mais leur petit nombre ne permet pas de leur attacher une importance considérable et on devra toujours chercher d'autres signes de fièvre typhoïde, plus caractéristiques, pour se prononcer d'une façon certaine.

La tuberculose des organes génitaux chez la femme retient parfois sur la séreuse péritonéale, ainsi que l'a démontré M. Brouardel, dans son travail paru en 1855. Elle peut même donner lieu à des phénomènes douloureux d'une intensité telle que l'on peut croire à un péritonite aiguë. En outre, nous voyons dans le mémoire de M. Brouardel, que le tubercule peut envahir primitivement les organes génitaux et que la propagation au péritoine est la règle. Au sujet du diagnostic différentiel, voici l'opinion d'Hemey : « Pour la tuberculisat[i]on des organes génitaux, la diathèse semble agir d'une façon toute locale. La forme que l'on rencontre dans l'envahissement des séreuses et du péritoine, entre autres, agit, au contraire, d'une façon bien plus générale et retient par une ou plusieurs poussées inflammatoires aiguës sur tout l'organisme, et ce serait là, pour moi, l'élément essentiel du diagnostic qui nous occupe, si l'observation ne nous montrait pas combien souvent les différentes formes de tuberculose se trouvent unies sur un seul sujet. » Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer des erreurs de ce genre, aussi, nous en rapportons-nous, pour la localisation des lésions tuberculeuses, à l'opinion d'Hemey.

Il n'est pas nécessaire d'insister longuement sur la confusion possible de la péritonite tuberculeuse avec les

suppurations pelviennes. L'envahissement brusque de ces dernières, l'absence de tout signe pulmonaire suffisent pour ne pas se tromper. Mais une suppuration, un phlegmon iliaque, par exemple, peut survenir chez un tuberculeux. Dans ce cas, le diagnostic est basé sur la localisation d'une tuméfaction d'un seul côté du corps, sur l'existence d'une douleur s'irradiant dans le membre inférieur correspondant, signes qui font défaut dans la péritonite tuberculeuse.

Il a été publié dans l'Union médicale de l'année 1892, une observation de M. P. Schwartz, ayant trait à une malade chez laquelle on avait établi l'existence d'un kyste du mésentère et qui était en réalité atteinte d'une péritonite tuberculeuse. Voici en quelques lignes le résumé de ce cas intéressant :

OBSERVATION VIII

Union médicale 1892 t. 58. p. 305.

Femme de 30 ans, mère morte de fluxion de poitrine. Son père et ses trois frères sont bien portants. Elle même n'a jamais malade. Réglée à quinze ans toujours régulièrement. A eu cinq enfants. Depuis son dernier accouchement une tumeur abdominale s'est développée sans amener d'abord de troubles fonctionnels, dyspeptiques, ni d'amaigrissement. Le seul symptôme noté c'est une douleur dans le flanc droit. La tumeur est comme une

tête d'enfant. Elle est fluctuante, très tendue et peu douloureuse et recouverte d'ausés intestinales. On diagnostique un kyste du mésentère. Laparotomie. On trouve le péritoine épaissi lardacé. L'épiploon est épais, dur, adhérent à un paquet d'ausés intestinales. Pas la moindre cavité contenant du liquide. En un point de l'épiploon on trouve un noyau probablement tuberculeux que l'on résèque. L'abdomen est refermé par deux plans de sutures. Guérison 6 semaines après. Rien ici à l'exception d'une incision exploratrice, ne pouvait nous mettre sur la voie du diagnostic.

Bien que l'ascite idiopathique soit une affection rare, il faut pourtant songer à son existence possible. Il est des cas, en effet, où la péritonite tuberculeuse ne présente pas d'autre symptôme que de l'ascite. La douleur, les vomissements, l'amaigrissement, la diarrhée, les signes pulmonaires, tout fait défaut. Dans ces conditions, en présence de l'augmentation du ventre, un seul diagnostic est possible : celui d'une ascite essentielle. Maurange, dans sa thèse, en a rapporté un exemple remarquable. Il s'agit d'une femme de 26 ans, mariée, qui présente une ascite considérable sans que rien, du côté de l'utérus, de ses annexes, du foie, du rein ou de la rate, puisse en expliquer l'origine. Cet état se prolonge pendant longtemps sans amener de symptômes fâcheux. La température reste normale, l'augmentation progressive de l'épanchement entraîne de la dyspnée, et alors on se décide à intervenir. Laparotomie. Le péritoine est épaissi. Sur sa face pariétale, on trouve des granulations miliaires qui existent également en grande quantité sur les anses intestinales. On lave au sublimé à 1 pour 5000 ou

ferme. Guérison très rapide. En quittant l'hôpital, 3 semaines après, la malade avait engraisé de 10 livres. 3 mois plus tard, son état s'était encore amélioré et elle était devenue robuste.

Nous avons terminé cette étude du diagnostic de la péritonite bacillaire. On peut voir, d'après ce qui a été dit, combien il est difficile. « Le diagnostic des affections abdominales, écrit Tapret, est resté malgré les efforts de tous les temps, une des plus grandes difficultés de la clinique. » Si nous voulons résumer en quelques mots les symptômes qui peuvent sinon établir, au moins faire penser à la tuberculose péritonéale, nous dirons avec Cruveilhier : « Toutes les fois que chez un jeune homme et surtout chez une jeune fille, je vois l'abdomen devenir volumineux avec douleur obtuse augmentant par la pression, et troubles digestifs avec ou sans fluctuation, l'amalgissement survenir avec état fébrile, sans caractère déterminé, je soupçonne une péritonite tuberculeuse. »

CHAPITRE II

PRONOSTIC

La péritonite tuberculeuse est-elle curable ? Si nous interrogeons les anciens auteurs, nous voyons la question

se résoudre par la négative. Pour Noël Guéneau de Mussy, la péritonite tuberculeuse peut guérir « quand elle n'est pas compliquée de lésions incompatibles avec la vie. » Dieulafoy nie la guérison. Delpuech prétend que la généralisation pulmonaire est fréquemment consécutive à une péritonite tuberculeuse. Ces opinions de nos maîtres, aujourd'hui que l'affection est entrée dans le domaine chirurgical, doivent être modifiées. Oui, dirons-nous, la péritonite tuberculeuse est susceptible de guérison. On trouvera plus loin les résultats de laparotomies faites pour tuberculose péritonéale. Certains malades opérés ont vu leur existence se prolonger plusieurs années, d'autres ont guéri définitivement ou ont été emportés par une affection où la tuberculose ne jouait aucun rôle. Est-ce à dire qu'il faille nier les récurrences ou les généralisations. Non, assurément, et il y a des observations malheureusement trop nombreuses de ces sortes de faits.

Donc le pronostic ne doit pas être envisagé comme absolument fatal ; une restriction cependant est relative à l'âge du sujet. Chez l'adulte la curabilité est de 1 sur 5, chez l'enfant au contraire elle tombe à 1 sur 3. La forme de péritonite fait également varier le pronostic et l'on devra se souvenir qu'une péritonite ulcéreuse comporte un pronostic funeste tandis que la forme ascitique ou la forme sèche sont fréquemment suivies d'un rétablissement complet.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Le traitement de la péritonite tuberculeuse a subi de nombreuses vicissitudes, surtout depuis ces dernières années. Les mémoires qui ont paru ont traité cette question avec une telle abondance de détails qu'il nous serait difficile de les énumérer tous. Nous voudrions dans cette étude rechercher quels ont été les résultats éloignés des méthodes employées. Le traitement médical ne nous retiendra pas bien longtemps. Il s'en faut de beaucoup qu'il donne les résultats du traitement chirurgical, nous le passerons donc rapidement en revue,

Disons d'abord que l'on a rapporté des observations de guérison spontanée de péritonite tuberculeuse. M. Millard a cité à la Société médicale des hôpitaux un cas où la tuberculose avait cédé à des applications de collodion. M. Comby a observé une guérison spontanée chez une fillette de 9 ans. M. Siredey a vu chez une malade se produire une rupture spontanée de l'ombilic hernié, qui laissa échapper le liquide. La malade guérit sans fistule et a joui depuis d'une bonne santé. Ces cas sont exceptionnels, aussi ne devra-t-on pas compter sur une terminaison de cette nature, car elle est loin d'être la règle.

Si nous remontons au commencement de ce siècle nous

voyons que le traitement médical est le seul mis en usage. Andral n'avait recours qu'aux antiphlogistiques et attachait une grande importance aux vésicatoires et aux sangsues sur le ventre. Clément dans sa thèse conseille de « combattre l'inflammation, de modérer les symptômes fonctionnels, les vomissements, la diarrhée, de faciliter la résorption de l'épanchement et de tonifier le malade. » Hémey préconise le traitement local et le traitement général, l'opium, l'acide arsénieux, les pilules de nitrate d'argent de 0,01. Guéneau de Mussy attribue à l'hygiène un rôle capital. Hilton Fagge pense que chez l'enfant le liniment mercuriel peut produire des résultats surprenants et il rejette à tort, croyons-nous, l'huile de foie morue et le sirop d'odure de fer.

Si nous voulons connaître les résultats produits par les médicaments seuls, nous les trouvons consignés dans le travail de Bourrigault (thèse, Paris, 1894). Sur 84 observations d'une part, il y en a 21 que l'on peut considérer comme définitives, les malades ayant été suivis 10, 11, 12, et 17 ans. D'autre part, sur 91 cas observés par Perroud, Rabot, Bard, Bouday et Finsay, il y eut 7 guérisons confirmées et 84 décès. C'est-à-dire que sur un total général de 175 cas, on n'a obtenu que 28 guérisons, soit une moyenne de 16 0/0. Nous verrons que les résultats donnés par la chirurgie sont infiniment meilleurs puisqu'ils abaissent la mortalité à 8,50/0.

Abordons maintenant l'étude des opérations employées jusqu'à ce jour dans la thérapeutique de la péritonite tuberculeuse. Nous pouvons les ranger dans l'ordre suivant :

1° Insufflation d'air stérilisé dans le péritoine.

2° Lavages de l'estomac.

3° Ponction suivie ou non de lavage boriqué.

4° Injections de naphтол camphré.

5° Laparotomie.

La première communication au sujet de l'insufflation d'air stérilisé dans le péritoine, a été faite en France par M. Follet de Lille, à l'Académie de médecine, dans la séance du 27 nov. 1894. M. Follet a constaté qu'après l'insufflation, le liquide ne se reproduit pas, que l'état général s'améliore et chez un des malades cette amélioration s'est maintenue pendant 10 mois. M. Follet conclut en disant : « Dans les cas où, pour une raison ou pour une autre, la laparotomie ne peut être faite, on est autorisé à recourir à cette pratique modérée et surtout efficace de l'insufflation d'air dans le péritoine.

L'invention de cette méthode n'est pas due à M. Follet, si nous en croyons une communication faite à Vienne par le professeur Mosetig, le 14 juin 1893. Le professeur Mosetig, en présence des résultats de la laparotomie, a été amené à penser que l'influence curative de cette opération était due à l'irritation produite par l'entrée de l'air dans la cavité péritonéale. C'est ainsi qu'il expliqua les résultats obtenus chez une femme de 44 ans qu'il avait opérée uniquement pour s'assurer du diagnostic et chez laquelle le ventre avait diminué de volume à la suite de l'intervention. La tumeur était devenue de la grosseur d'une pomme alors qu'elle était auparavant grosse comme une tête d'enfant. En mai 1892, Mosetig eut l'occasion d'essayer une nouvelle méthode de traitement basée sur cette hypothèse.

Chez un enfant de 4 ans, avec ascite, hydrocèle, induration tuberculeuse de l'épidydime, il enleva le testicule tuberculeux, et, en introduisant un drain dans la tunique vaginale puis dans le canal inguinal, il retira 1.700 gr. d'un liquide albumineux. Alors, de l'air stérilisé par son passage à travers une solution chaude d'acide carbonique et desséché sur du coton de laine, fut insufflé dans le péritoine à travers le drain. L'ascite disparut, le malade guérit vite et, en octobre, la percussion de l'abdomen était normale. A la suite de ces résultats, Mosetig conseilla la paracentèse abdominale avec insufflation d'air consécutive, dans la péritonite tuberculeuse avec ascite, au lieu de la laparotomie qu'il avait jusqu'alors pratiqué pour des cas semblables. Néanmoins, nous pensons que cette méthode n'a pas suffisamment fait ses preuves pour pouvoir être définitivement introduite dans la thérapeutique de la tuberculose péritonéale. On peut, cependant, la conseiller à cause de sa facilité.

Au mois de décembre 1894, le professeur Obrastzoff a présenté à la Société gynécologique et obstétricale de Kieff, une malade qui fut guérie de sa péritonite tuberculeuse par des lavages de l'estomac. Cette femme, âgée de 35 ans, fut opérée, il y a 5 ans 1/2, pour une tumeur des organes génitaux. A ce moment, déjà, on a constaté une péritonite tuberculeuse diffuse. Après la laparotomie, la malade se sentit très bien jusqu'en février 1894, époque où sont survenus les troubles digestifs qui l'ont forcée à entrer à l'hôpital. A son admission, elle se plaignait de nausées, de vomissements, de constipation opiniâtre. Elle était très amaigrie, très affai-

blie. A l'examen, on constata des râles bronchiques dans les deux poumons. Clapotement stomacal des plus nets. A l'aide de la sonde, on a extrait de l'estomac 1000 gram. de liquide vert très acide. La grande courbure de l'estomac se trouve à 4 centimètres au-dessous de l'ombilic. Dans la fosse iliaque gauche, il existe un exsudat limité avec poche à paroi très épaisse qu'on a reconnu être d'origine tuberculeuse. Traitement : lavages quotidiens de l'estomac et lavements. L'amélioration ne tarda pas à se montrer. Actuellement, l'état général est très satisfaisant. Il n'y a pas de vomissements. La constipation persiste et les lavements doivent être continués ; l'exsudat inflammatoire a disparu. La malade a engraisé de 12 kilos 5 (Méd. mod., an. 1894, p. 1548).

Ce cas est intéressant surtout à cause de la méthode employée. Comment agissent les lavages de l'estomac dans ces circonstances ? On ne saurait le dire. Néanmoins, le résultat a été des plus favorables. Mais les observations sont encore un trop petit nombre pour que l'on puisse se prononcer sur la valeur réelle de ce mode de traitement.

Une des méthodes les plus simples et que l'on peut conseiller quand, pour une raison ou pour une autre, la laparatomie n'est pas praticable, est la ponction. Comme on le verra par les observations qui vont suivre, elle a donné des résultats éloignés excellents. Il faut cependant faire une réserve au sujet du lavage consécutif à l'eau boriquée, préconisé par le professeur Debove. Ce lavage est-il bien né-

cessaire ? Nous ne le pensons pas. Ce n'est pas impunément que l'on introduit dans le péritoine « la plus susceptible des séreuses », dit M. le professeur Tillaux, une substance médicinale. Ce qui tendrait à démontrer l'inutilité de ce lavage, c'est l'existence de cas où il a suffi d'une simple incision exploratrice pour amener la guérison. D'après le relevé de Kœnig, sur 130 cas, 80 fois on a employé les antiseptiques, 50 fois, on n'en a employé aucun. De plus, il n'est pas prouvé que les guérisons, observées à la suite de la ponction avec lavages, soient attribuables à l'antiseptique dont on s'est servi. N'est-ce pas plutôt la pénétration de l'air qui produit l'effet curatif ? Les observations suivantes plaident énergiquement en faveur de cette hypothèse :

OBSERVATION IX

(Poitou, Médical. 1893, p. 241)

Péritonite tuberculeuse, ponction sous lavage. Guérison maintenue 2 ans après l'opération.

Demoiselle D., 24 ans, complexion délicate, consulte en juillet 1891, pour une toux sèche, pas d'expectoration, mais sueurs nocturnes, amaigrissement, appétit faible, alternatives de diarrhée et de constipation, augmentation de volume du ventre avec oppression. Aux poumons, matité, respiration rude. On diagnostique une péritonite tuberculeuse avec ascite. Onguent

napolitain, vésicatoires, aucun résultat, on fait alors une ponction avec un petit trocart. Il s'écoule 4 litres de liquide, l'écoulement est saccadé. Suites excellentes, pas de fièvre, amélioration de l'état général et en 1893 plus de deux ans après l'opération, le liquide n'a pas reparu et la santé est excellente.

OBSERVATION X

Péritonite tuberculeuse. Ponction sans lavage. Guérison

(Poitou_Médical 1893. p. 241).

M. T..., 22 ans, porte des traces d'adénites scrofuleuses et d'abcès osseux à la 6^e côte. Ajourné par le conseil de révision, il y a quelques mois. En décembre 1892 le ventre a augmenté de volume et est devenu douloureux. Il y a des alternatives de diarrhée et de constipation. Rien d'anormal à la poitrine. On diagnostique une péritonite tuberculeuse et on propose la ponction qui est faite et donne issue à 3 litres de liquide. Suites opératoires excellentes. Le malade reprend ses travaux aux champs. Depuis il a été trouvé bon pour le service militaire.

M. Debove a publié à la Société Médicale des hôpitaux, en 1890, l'observation d'une femme de 28 ans qui subit une ponction suivie de lavage et chez laquelle la guérison s'est maintenue. Le diagnostic avait confirmé expérimentalement.

Nous ne dirons rien du manuel opératoire qui a été

décrit dans la thèse d'Alaume (Paris 1894), et qui est des plus simples. M. Debove conseille la ponction en disant que dans bien des cas on obtiendra les mêmes résultats qu'avec la laparotomie. Nous objecterons cependant qu'il faut prendre certaines précautions quand on emploie cette méthode. Il peut se faire que l'on perfore l'intestin avec le trocart, et l'on devine les conséquences de cette manœuvre. En second lieu, l'épiploon peut-être atteint dans son système vasculaire, il en résulte une hémorragie grave, qui emporte le malade rapidement. La laparotomie, au contraire, évite ces complications. Le chirurgien voit sur quelle région il porte son bistouri. Avec le trocart, on ne peut affirmer que l'on ait pénétré du premier coup dans le péritoine, sans avoir lésé le tube digestif ou l'épiploon. En présence de la possibilité de ces accidents si redoutables, nous ne conseillerons la ponction sans lavage que dans deux circonstances : 1° quand le malade est trop faible pour supporter la laparotomie. 2° Quand le médecin ne dispose pas des moyens nécessaires pour faire cette laparotomie.

Il y a deux ans — en 1893 — M. le Professeur Berger employait pour la première fois le naphtol camphré en injections, et l'année dernière, Guignabert publiait, sous la direction de M. Rendu, plusieurs cas de péritonite tuberculeuse ayant cédé à cette méthode. Les doses employées sont, d'après cet auteur, de cinq seringues de Pravaz. D'autres, les malades ayant été préalablement laparotomisés, on s'est contenté d'un simple attouchement au naphtol camphré. Les suites opératoires sont nulles, paraît-il et la sen-

sibilité du ventre à la pression s'atténue assez rapidement.

L'inocuité du naphtol camphré est loin d'être absolue. M. Colot de Berck a observé un cas d'intoxication à la suite d'une injection de cette substance dans une poche purulente. M. Ménard a rapporté une observation d'accès épileptiformes suivis de mort en 40 minutes. Enfin, à la société médicale des hôpitaux dans sa séance du 9 mai, 1895, M. Netter a rappelé l'histoire d'un enfant de 7 ans chez lequel on avait diagnostiqué une péritonite tuberculeuse et qui fut soumis au naphtol camphré. A la suite d'une injection de 5 gr. aucun phénomène immédiat ne se produisit, mais au bout d'une demi-heure, il survint de l'agitation et un état convulsif que rien ne put enrayer et qui se termina par la mort en quelques heures. L'autopsie démontra que le petit malade n'avait pas, il est vrai, de tubercules dans le péritoine, mais cette séreuse était le siège d'une inflammation aiguë qui avait causé la mort. Quoiqu'il en soit malgré le conseil de M. Catrix de ne pas évacuer complètement le liquide pour atténuer l'action irritante du naphtol camphré, on ne devra recourir à cette méthode que très rarement, et seulement chez l'adulte, qui semble mieux la supporter.

De la laparotomie. — La liste est longue, des auteurs qui ont étudié les avantages de cette opération dans la péritonite tuberculeuse. Presque tous ont admis sans conteste, l'efficacité de ce traitement. D'autres plus audacieux comme O. Callaghan ont conseillé l'intervention dans tous les cas. Nous verrons qu'il ne faut pas être aussi absolu.

Il nous a paru faire œuvre utile en posant les indications et contrindications de la laparotomie dans la tuberculose péritonéale, et surtout en montrant les résultats éloignés de cette opération. Ces résultats sont des plus favorables et ils font de la laparotomie sinon l'unique, du moins le meilleur procédé de traitement de l'affection que nous étudions.

Tout d'abord, si l'on consulté les auteurs on voit que la laparotomie a été souvent faite à la suite d'une erreur de diagnostic. Ces erreurs sont nombreuses et ont été commises par les plus habiles. Puis devant les résultats obtenus, la laparotomie est devenue, à la suite du mémoire de Kœnig en 1884, une opération curative.

Les auteurs sont à peu près d'accord sur les considérations qui doivent guider l'intervention du chirurgien.

O. Callaghan exprime son opinion comme il suit : « D'après mon expérience personnelle et celle de juges plus compétents, je pense que quand une péritonite tuberculeuse, ou chronique suppurée est évidente et que l'on a essayé tous les traitements médicaux, c'est notre devoir d'honnêtes chirurgiens d'ouvrir et de drainer l'abdomen. » (Transac. of Roy. Ac. of med. of Ireland 1889. p. 161). Comme on le voit, le chirurgien anglais ne fait aucune différence entre les formes de la péritonite tuberculeuse. C'est une grosse erreur, car toutes ne sont pas justiciables de même traitement.

Kœnig dans son mémoire de 1884 conseille l'abstention toutes les fois qu'il y a ascite.

Schwarz, de Vienne, dit que lorsqu'on a diagnostiqué avec certitude une tuberculose du péritoine on doit toujours

préférer une incision palliative à la simple ponction. Il faut évacuer le péritoine avec le plus grand soin et fermer complètement la plaie. La jeunesse n'est pas une contrindication. Elle facilite le rétablissement du sujet. Dans les cas douteux on fera une incision exploratrice.

Kuennel, de Hambourg, conseille l'opération, même si le poumon est pris.

Pribram, de Prague, refuse d'opérer s'il y a des signes de granulie.

Maurange préconise l'intervention rapide quand l'ascite augmente, qu'il y a des vomissements et de la fièvre vespérale.

Pour Heydenreich la laparatomie est indiquée quand la péritonite tuberculeuse est nettement circonscrite et a donné lieu à une poche purulente. On doit la rejeter dans la forme miliaire et dans la forme ascitique généralisée. La cachexie est une indication.

Bassini en fait une opération palliative et Poncet la conseille pour faciliter un diagnostic.

Cecherelli, prétend que les adhérences dans la forme sèche sont une contre indication, mais que l'intervention est utile et nécessaire s'il y a collection enkystée.

Pic se résume en disant : si le tuberculeux est un péritonéal, opérer ; s'il est un pulmonaire, s'abstenir.

Spaeth dit que quand l'intestin est pris, l'opération est seulement palliative.

Czeruy, d'Heidelberg, émet l'opinion suivante : bien que la pratique ait démontré que cette affection soit justifiable d'une laparatomie, on devra se souvenir que l'inflam-

mation d'une membrane séreuse indique habituellement que la tuberculose est arrivée à une période avancée, et s'est généralisée. Il avoue que le traitement chirurgical peut dans certaines circonstances amener une amélioration, aider ainsi à l'élimination du virus, et dans les cas de localisation restreinte amener une guérison définitive. Les résultats ne sont plus les mêmes quand les foyers d'infection sont plus nombreux. Il pense que l'on doit distinguer dans ce cas, la forme ascitique et la forme sèche. D'après lui, l'intervention dans la forme sèche donne peu d'espoir. Dans la forme ascitique il conseille simplement l'incision et l'évacuation du liquide (London med. Rec. 20 mars 1890).

Voilà bien des opinions contradictoires. Nous pensons qu'il ne faut pas être ni trop interventionniste, ni trop abstentionniste. La voie à suivre nous est indiquée par la forme de la maladie et par l'examen des résultats opératoires dans chacune de ces formes. Si nous consultons le travail d'Aldibert, nous y trouvons les statistiques suivantes :

Forme miliaire aiguë : 2 interventions. 2 morts.

Forme chronique ascitique : chez l'enfant, 40 cas, 35 guérisons, moyenne : 87,5 0/0. — Chez l'adulte, 131 cas, 32 morts, 99 guérisons, moyenne : 75 0/0.

Forme ulcéreuse : 22 cas, 9 morts, 13 guérisons dont 3 seulement se sont maintenues, moyenne : 55 0/0.

Forme fibro-adhésive : enfant, 6 cas, 5 guérisons, 1 mort, moyenne : 83 0/0. — Adulte, 24 cas, 17 guérisons, 7 morts, moyenne : 71 0/0.

D'après ce tableau, nous voyons que les meilleurs ré-

sultats sont obtenus dans la forme ascitique et dans la forme fibro-adhésive. Nous basant sur les moyennes ci-dessus, nous dirons donc :

1° L'intervention est la règle dans la forme ascitique généralisée, sauf si l'abattement du malade est extrême et rend l'anesthésie dangereuse.

2° Dans la forme fibreuse sèche, elle donne d'excellents résultats.

3° Dans la forme ulcéreuse elle est contre indiquée formellement.

4° S'il y a ascite enkystée, intervenir.

5° S'il existe des phénomènes d'obstruction intestinale intervenir également

6° La présence d'adhérences trop nombreuses rend l'opération discutable.

Il nous faut maintenant rapporter les résultats consécutifs à la laparatomie. Spaeth se montre très sceptique à leur égard et dit qu'ils ne doivent être acceptés qu'avec la plus grande réserve parce que le bacille de Koch n'a pas été recherché dans tous les cas. Nous répondrons que bien souvent des inoculations soit du liquide, soit des parties enlevées ont été faites à des cobayes et que ces inoculations ont été positives. De plus la constatation à l'ouverture de l'abdomen de granulations n'est-elle pas une preuve de la nature tuberculeuse de l'affection ? Nous ne pensons pas qu'il y ait d'autres lésions, qui ressemblent à celles-là. Aussi suffisent-elles amplement, à l'exclusion même de la preuve

microscopique, ou de l'inoculation, pour confirmer le diagnostic.

OBSERVATION XI

Spencer Wells cité par Kuemmel, Trad. de Maurange.

En 1862, S. Wells pensant avoir à faire à un kyste de l'ovaire fit une laparotomie et se trouva en présence d'une péritonite tuberculeuse. Cette malade vivait encore 25 ans après l'opération. M. Debove en 1889, c'est-à-dire après 27 ans nous à appris que la santé continuait à être excellente. Ce cas est le plus remarquable que l'on connaisse.

OBSERVATION XII

Archives of. Pédiatries 1892, T. 9 p. 320 (Trad. personnelle).

Fille de 3 ans 1½. Deux oncles paternels tuberculeux, née à terme, nourrie par sa mère. A deux ans, coqueluche pendant 5 mois. Peu après, diarrhée, augmentation de volume du ventre. Cœur et poumons normaux, foie et rate hypertrophiés. Urine normale. Diagnostic péritonite tuberculeuse. Mise en observation pendant un mois. Aggravation. Laparatomie. On retire 2 litres d'un liquide gris jaunâtre. Péritoine farci de tubercules. Pas de

lavage. Suture. Drainage. Pansement iodoformé. Au bout de 3 semaines, fièvre, diarrhée, le liquide se reproduit. On ouvre de nouveau ; le péritoine est œdédié. Tubercules du ligament large. Poudre d'iodoforme. Drainage. Suture. Succès complet, la malade rentre chez elle guérie en 6 semaines.

OBSERVATION XIII

Union Médicale, 28 juillet 1891 et 28 avril 1892.

Péritonite. Tuberculeuse. — Quatre laparatomies. — Guérison

Marie G..., 22 ans, entrée à l'hôpital Tenon dans le service de M. le Professeur Richelot, comme ayant un kyste de l'ovaire. Ventre augmenté de volume et douloureux depuis cinq ou six mois. Matité hypogastrique due à une ascite assez abondante. Rien à l'auscultation. Mais il existe des troubles fonctionnels, dyspepsie, anorexie, constipation opiniâtre, gastralgie, insomnie et agitation nocturne.

Le 8 juin, première laparatomie. On retire deux litres de liquide jaunâtre. Péritoine viscéral et pariétal, intestin, vessie, utérus, tout est envahi par des granulations tuberculeuses confluentes. Lavage discret à l'eau bouillie. Cinq mois plus tard, le 17 octobre 1890, seconde laparatomie faite par M. Labbé, mais on ignore sur qu'elle indication l'opération fut entreprise. M. Labbé referme le ventre sans rien faire à la malade.

Le premier juillet 1891 elle est revue par M. Richelot et elle a bonne mine, travaille et ne souffre pas. En octobre 1891 M.

Richelot constate que le ventre déjà flasque, l'année précédente est le siège d'une énorme éventration. La malade demande une nouvelle intervention qui est faite le 15 octobre 1891. Le péritoine est lisse de coloration normale ; l'épiploon est libre et n'adhère nulle part. Pas une goutte de liquide ne séparait les surfaces. Il y a donc un retour presque parfait à l'état normal ; çà et là une granulation isolée sur une anse intestinale, et sur la face postérieure de l'utérus. La guérison n'est donc pas absolue, mais il s'en faut de peu, la malade quitte l'hôpital. Les suites de l'opération sont absolument nulles.

En décembre 1893, elle revient avec une nouvelle éventration étendue de l'ombilic presque jusqu'au pubis. Cette éventration a le volume des deux poings. La malade souffre et commence à ne plus pouvoir travailler. Elle réclame une quatrième opération qui a lieu le 16 décembre 1893. Incision tout le long de l'éventration. On resèque une grande partie de la peau et du péritoine épaissi par ses adhérences avec les couches voisines. On trouve la séreuse absolument saine, il n'y a plus aucune granulation, ni sur l'intestin, ni sur la face postérieure de l'utérus et des annexes. Mais celles-ci sont grosses et contiennent des foyers tuberculeux ; M. Richelot n'avait rien remarqué de semblable lors de la dernière intervention. Ces foyers sont en voie d'accroissement et deviennent gravés par eux-mêmes. (Péritoine à part). Ils ont peut-être été le point de départ de la localisation péritonéale. Les deux trompes, les deux ovaires sont malades. On les enlève. A la coupe on trouve, sur les deux trompes de petits foyers caséeux et ramollis dans les parois, puis de la matière caséuse puriforme dans la lumière des deux tubes de Fallope.

La malade se rétablit parfaitement et est aujourd'hui en parfaite santé.

OBSERVATION XIV

Laparotomie, par M. Richelot. Guérison. Union méd. 28 juillet 1891.

Péritonite tuberculeuse ayant simulé un kyste de l'ovaire

Femme de 30 ans, envoyée à M. Richelot, de Seine-et-Marne, en février 1890. Mariée depuis 11 ans. Pas de grossesse. Augmentation de volume du ventre. Le médecin qui la soigne diagnostique un kyste de l'ovaire et fait une ponction. La malade, souffrant toujours de coliques vient à Paris. Elle est maigre, sèche. Son ventre est absolument plat, douloureux au toucher et à la palpation. Un peu d'empâtement sur les côtés de l'utérus. On ne peut faire de diagnostic précis.

L'intervention est retardée par une bronchite légère avec un point de pleurite sèche avec toux.

Le 5 mars 1890. Laparotomie. On trouve un péritoine farci de granulations tuberculeuses confluentes. Il y en a partout, sur l'intestin, l'utérus, la vessie. Un liquide louche, laiteux, puriforme. Aucune trace de tumeur. Lavage prolongée à l'eau bouillie. On ferme le ventre. Après l'opération, pas d'élévation de température. La toux diminue. Les signes stéthoscopiques se modifient rapidement. A la fin de mars, la malade retourne en Seine-et-Marne.

16 mois après, la guérison s'était toujours maintenue et la malade travaillait aux champs, heureuse des résultats obtenus. Aujourd'hui, après 5 ans, sa santé est parfaite.

OBSERVATION XV

Péritonite tuberculeuse. Laparotomie. Amélioration

Jeune fille, 17 ans, pâle et maigre, sans aucun signe à l'auscultation. Ascite considérable. Laparotomie le 26 mai 1891. Granulations confluentes sur la paroi, l'utérus, l'intestin. Epiploon épaissi, infiltré de tubercules. L'évacuation faite, M. Richelot éponge avec soin toutes les surfaces, lave à l'eau salée et éponge de nouveau. Le 22 juin, la malade sort et ne souffre plus : le ventre est plat et souple. Le visage garde sa pâleur. Mais l'appétit est bon et la mine meilleure. Quoique la jeune fille ait été perdue de vue, on peut supposer que l'amélioration qui s'est manifestée à sa sortie de l'hôpital s'est maintenue (Union méd. 28 juillet 1891).

OBSERVATION XVI

Inédite, due à l'obligeance de M. le P^r Richelot

*Ascite chez une tuberculeuse. Laparotomie à la cocaïne.
Guérison.*

Mademoiselle R..., 22 ans, tuberculeuse, demi maigre squelettique depuis son enfance. Tousse et crache. A l'auscultation on découvre des lésions avancées, des cavernes à gauche. Depuis plusieurs mois, elle a une ascite énorme. Le ventre est

gros, distendu, plus que dans une péritonite tuberculeuse ordinaire. Il est cependant impossible de faire un autre diagnostic que celui de péritonite tuberculeuse. Les lésions pulmonaires, l'aspect chétif, la distension du ventre, le mauvais appétit, la diarrhée qui survient quelquefois, constituent un ensemble de symptômes bien alarmants. A cause de l'état des poumons et de la toux, M. Richelot refuse absolument d'employer le chloroforme, ce que serait une imprudence. Il a recours à la cocaïne.

Le 13 octobre 1893. Laparotomie. On injecte une seringue de Pravaz d'une solution de cocaïne à 2 0/0. Incision courte que la malade ne sent pas. On évacue le liquide et pendant cette opération la malade ne souffre pas et rit tout le temps. L'éponge éveille quelques douleurs, le lavage ne fait aucun mal. A la fin, le frottement des éponges devient un peu pénible, mais supportable. Les points de suture sont tous sentis. La malade les supporte bien mais il lui faut un peu de courage. Le liquide retiré est clair comme celui d'une ascite hépatique, pas traces de granulations tuberculeuses sur tout ce que M. Richelot a pu voir de péritoine. La petitesse de l'incision, il est vrai, n'a pas permis de tout explorer. M. Richelot suppose qu'il y a compression veineuse par quelque masse ganglionnaire.

La malade quoique n'ayant pas respiré de chloroforme est prise d'une recrudescence de toux et de bronchite et atteint 40°5 le soir, sans douleur ni ballonnement du ventre. Pouls fréquent, mais bon. Les jours suivants la bronchite continue. Il y a du gargouillement. Température 38 à 39. Facies bon. Pouls simplement fréquent. Il redevient normal au bout de 4 ou 5 jours. La malade se remet à manger. Le ventre est souple, indolent non ballonné, et fonctionne bien.

Juillet 94. -- La malade a toussé encore depuis l'opération,

mais de moins en moins. Elle prend de l'huile de foie de morue et des toniques divers et s'est améliorée peu à peu. Sur sa photographie, elle a un embonpoint qui la rend méconnaissable. Elle vient à Paris en juillet. Elle a une mine superbe, et a beaucoup engraisé à ce point que M. Richelot ne la peut reconnaître. La toux est petite. Les signes stéthoscopiques persistent en partie.

Juin 95. — Santé en apparence excellente, embonpoint, bon appétit. Elle tousse toujours un peu et à l'auscultation, on découvre des râles aux sommets, râles sibilants, cavernuleux qui ont diminuée depuis l'opération, mais persistent néanmoins. Le ventre est en parfait état. Il y a lieu d'espérer que cette forme lente et chronique de tuberculose pulmonaire finira par guérir.

OBSERVATION XVII

(Inédite, due à l'obligeance de M. le P. Richelot).

Péritonite tuberculeuse. — Laparotomie. — Guérison

A. H. 26 ans. Douleurs abdominales depuis trois mois. Ascite notable. Etat assez bon. Diagnostic : péritonite tuberculeuse. Au toucher on trouve une trompe tombée dans le cul-de-sac postérieur.

Laparotomie le 27 avril 1894. On trouve des granulations confluentes sur l'utérus et les annexes. L'épiploon est couvert de tubercules ainsi que le péritoine. Liquide en assez grande abondance, jaune clair. Lavage à l'eau salée.

Intégrité des poumons. Pendant la convalescence, légère poussée phlébitique à la jambe gauche.

Sort le 12 mai, très améliorée, appétit excellent.

Le 10 juillet 94 la malade se présente à l'hôpital avec une santé parfaite.

Le ventre n'offre plus aucune symptôme digne d'être noté.

OBSERVATION XVIII

(Inédite. Due à l'obligeance de M. le Pr. Richelot)

*Péritonite tuberculeuse Poche (prise pour un kyste de l'ovaire)
formée par des fausses membranes. Liquide ascitique.
Laparotomie. Guérison.*

Femme E. P..., ménagère, 42 ans.

Antécédents personnels. — Bien réglée, pas de grossesses.

Il y a quinze ans, probablement, qu'a débuté la péritonite tuberculeuse. A cette époque on a noté : météorisme abdominal, anorexie, abattement très grand. Durée de ces symptômes, 3 mois.

Il y a 7 ou 8 ans, de nouveau météorisme abdominal qui cède (?) à la pommade belladonnée. La malade ne s'alite pas.

Il y a 8 mois, 3^e attaque. Le ventre se ballonne ; la malade est prise d'une diarrhée cholériforme qui s'accompagne de douleurs intestinales. Depuis, les douleurs n'ont pas cessé et le ventre a augmenté de volume progressivement.

Etat actuel. — Ventre gros, régulièrement développé, sen-

sation de flot. La poche paraît mobile avec les déplacements de l'utérus. Cette femme est vigoureuse et n'a rien qui puisse la faire croire tuberculeuse. On diagnostique au grand kyste parenchymateux de l'ovaire.

Laparotomie, par M. Richelot, le 23 avril 1892. Péritoine épaissi. Epiploon adhérent. M. Richelot cherche quelque temps avant de savoir s'il est bien dans le péritoine. On aperçoit quelques petites granulations certainement tuberculeuses, puis à travers le magma épiploïque et sans ouvrir largement la séreuse on arrive sur une paroi d'aspect fibreux et nettement fluctuante. Est-ce un kyste au milieu d'une péritonite tuberculeuse ? Assurément ce n'est pas une paroi intestinale. M. Richelot ouvre prudemment au bistouri. Il s'écoule un flot de liquide séreux, on arrive alors dans une cavité médiane contenant de la sérosité floconneuse et entourée d'une membrane qui n'est pas un kyste, car elle se déchire comme une fausse membrane. C'est en réalité une fausse membrane. Derrière cette ascite circonscrite est le gâteau intestinal rénitent.

On lave la poche. Tamponnement lâche à la gaze iodoformée. Suites de l'opération, simples, mais le 26 et le 27 la température monte un peu et atteint 39° le 27 avril. Le 28 on ôte le tamponnement et en enlevant la gaze un flot de sérosité s'échappe ; on remplace la gaze par un gros drain. Le 29, la température est à 37°.

La malade quitte l'hôpital, avec un petit trou occupant la place du drain et d'où s'échappe un peu de liquide.

Revue en novembre 1892. La malade porte toujours une petite fistulette. Elle est grosse et fraîche et ne tousse pas.

OBSERVATION XIX

(Inédite. Due à l'obligeance de M. le Pr. Richelot)

Péritonite tuberculeuse. Laparotomie. Guérison

M. V..., 23 ans. En 1890, cure radicale d'une petite hernie crurale. Pas de récédive. Depuis un an son ventre grossit et devient douloureux. Douleurs plus vives depuis 3 mois, petit état fébrile habituel, fièvre le soir, atteignant 38°. Est devenue d'une maigreur excessive depuis ces trois mois. L'appétit est mauvais. De temps en temps il y a quelques vomissements, Matité et augmentation de volume du ventre, Ascite modérée. Il s'agit donc d'une forme ascitique, c'est-à-dire de cette forme qui donne les meilleurs résultats opératoires. Sommets suspects. On trouve à droite un peu de résonnance de la voix. Jamais d'hémoptysies. La malade ne tousse pas.

Dans sa famille, il faut signaler que sa mère est morte phthisique.

Laparatomie le 3 juillet 1892. On retire environ 2 à 3 litres d'un liquide séreux bien transparent. L'intestin grêle, dans la moitié inférieure de l'abdomen, est absolument couvert de granulations confluentes, la paroi abdominale, l'utérus et ses annexes sont dans le même état. Il n'y a pas d'adhérences des anses intestinales ; on lave à l'eau salée et on éponge partout.

Suites opératoires nulles. Le soir de l'opération on note une température de 38°. Il n'y a pas de vomissements et les douleurs abdominales sont peu vives. La malade a déjà meilleure mine. Le 8 juillet l'appétit revient. La malade demande un œuf.

Le 13 juillet pour la première fois, M. Richelot lui trouve la peau fraîche le soir. La température est à 36. On enlève les fils.

Le 16, la température, au moment de la visite, est à 37. La malade commence à mieux manger.

Le 27 mars 1893 elle vint à l'hôpital, guérie complètement, engraisée, avec une mine superbe. Elle annonce son prochain mariage ; elle est mariée aujourd'hui.

OBSERVATION XX

Inédite, dûe à l'obligeance de M. le Dr Richelot.

Laparotomie.

Joséphine B... 17 ans, couturière. Augmentation de volume du ventre depuis 5 semaines. Jamais de toux, ni d'hémoptisies. Pas d'adénites strumeuses. Rien dans les antécédents héréditaires. Parents vivants. 5 frères et deux sœurs en bonne santé. Réglée à 14 ans, toujours régulièrement.

Ventre élargi. Matité dans les flancs. Sonorité périombilicale. Fluctuation nette. Rien d'appréciable à l'auscultation du poumon.

Le 1^{er} juin 1895, laparotomie, on retire un liquide séreux sans flocons. Le péritoine pariétal est couvert de granulations confluentes que l'on retrouve aussi, discrètes mais très abondantes, sur l'intestin et partout ailleurs. Les annexes sont voilées par le péritoine pelvien épaissi. A droite elles sont complètement cachées et paraissent grosses. A gauche la trompe est

mobile, parenchymateuse, grosse comme le petit doigt, couverte de granulations confluentes. Elle laisse échapper du pus caséeux par le pavillon. On l'enlève de toute nécessité. M. Richelot ne voit pas l'ovaire de ce côté et ne le cherche pas. Peut être y a-t-il de la tuberculose de ce côté et sera-t-on obligé plus tard d'opérer une salpingo-ovarite tuberculeuse ? Pour le moment il n'y a pas de danger. On se contente d'enlever la trompe à gauche seulement. Lavage salé abondant.

OBSERVATION XXI

Larkin. *Liverpool Med. Chir. Jour.*, 1893, janvier, 245. (Traduction personnelle).

Petite fille de 11 ans, opérée le 30 sept. 1892. 5 mois après les premiers troubles abdominaux, on retire une grande quantité de pus, environ 66 onces (1980 gr.), lavage boriqué chaud, drainage, suture.

Le 15 décembre 1892 elle est en bonne santé, à engraisé et n'éprouve aucun symptôme douloureux du côté du ventre.

OBSERVATION XXII

Cabal. *Boston and. med. Surg. Journ.*, 1888, t. 119, p. 121.
(Traduction inédite)

Clara T..., 3 ans. Mère morte phthisique. Entrée à l'hôpital des enfants en juillet 1887. Abdomen distendu, considérablement. Le 5 août on fait le diagnostic de péritonite probablement

tuberculeuse, diagnostic qui fut confirmé entièrement le 15 octobre 1887, par la laparotomie. On enlève le liquide et quelques morceaux d'épiploon pour les soumettre à l'examen. Drainage. Pansement antiseptique.

Le 3 novembre, la malade prit une bronchite qui devint une broncho-pneumonie et elle fut dangereusement malade pendant plusieurs jours. Le mois suivant les poumons sont redevenus sains. Depuis cette époque, la malade a recouvré la force et la santé. Il n'y eut jamais de tendance à la reproduction de l'ascite ni de sensibilité abdominale.

OBSERVATION XXIII

Clarke. British. med. jour., 1887, t. 2, p. 996. (Traduction inédite)

A. S.... 13 ans, entré le 10 mai à l'hôpital, Se plaint de perte d'appétit, d'un gonflement du ventre et d'une faiblesse progressive. On diagnostique une péritonite tuberculeuse. Poumon droit suspect. Pouls à 120. Respiration 20. Tous les autres organes semblent sains. Les antécédents héréditaires sont bons.

Le 16 mai laparotomie. L'intestin est refoulé en haut vers le diaphragme. Lavage à l'eau phéniquée. Le péritoine est tapissé de petits grains analogues à ceux du tapioca. Sept jours après l'opération on enlève les fils. La température monte à 101° F le lendemain de l'intervention.

Le 5 juin elle part en convalescence, y reste 3 semaines. Elle augmente de 9 livres. Ses forces s'accroissent. Le 6 juillet elle était tout à fait bien portante.

OBSERVATION XXIV

Homans. The Lancet, 1888, t. 1, p. 268. (Traduction inédite)

Jeune fille, 21 ans, pâle, amaigrie. Ascite considérable. Suppression des règles depuis 4 mois. Laparotomie le 19 juin 1884. Le péritoine est couvert de petits tubercules blancs. Des morceaux de ces organes furent examinés. On reconnut qu'il y avait bien des tubercules mais pas de bacilles. On lave l'abdomen en déplaçant les viscères le moins possible. On ferme et on ne met pas de drain. Le liquide se reproduit au bout de dix jours. On ouvre de nouveau le 7 juillet. En novembre 1884, la malade avait engraisé, l'appétit était bon. En février 1885, les règles qui avait disparu depuis un an reparurent. En juin 1885, la malade se maria. Revue en janvier 1886, elle était grosse et forte et s'occupait de son ménage. En novembre 1886, elle était tout à fait robuste. Jamais elle n'a été enceinte.

OBSERVATION XXV

Homans, The Lancet 1888. T. I. p. 268. (Trad. inédite.)

Jeune fille de 17 ans d'une bonne santé apparente. Bien réglée. Le ventre est augmenté de volume. Le chirurgien pense à un kyste de l'ovaire.

Laparotomie le 20 avril 1887. On retire le liquide et on

trouve la cavité abdominale tapissée de petits nodules blanchâtres. Il y en avait sur l'utérus, l'intestin, la face pariétale, du péritoine les deux ovaires et les trompes. Une des trompes avec son ovaire est enlevée, on éponge la cavité abdominale. L'examen fait par le professeur Fitz montre que l'on est bien en présence de tubercules. La malade sort au bout de 3 semaines. En décembre 1887, 8 mois après on apprend que l'abdomen à son volume normal. Il n'y a ni douleurs, ni fièvre, ni sensibilité. L'appétit est bon. La force n'est pas considérable, mais elle est plus grande néanmoins qu'avant l'intervention. La malade travaille un peu dans sa famille et donne des leçons de musique.

OBSERVATION XXVI

Peckham. Bost. med and Surg-Journal 1894. T. II p. 288.

(Traduction inédite.)

Petite fille de 5 ans, mère morte phthisique. Père très bien portant. L'enfant n'a jamais été malade depuis ce jour. Elle souffre de maux de tête et n'a plus d'appétit. Le 21 janvier 1894 elle se plaint de douleur dans le ventre. Temp 103° F. Pouls 120. Elle pleure continuellement. Poumons sains. L'abdomen est distendu et sensible au toucher. On ne fait que soupçonner une péritonite tuberculeuse.

22 Janvier même état. Foie normal. Rate hypertrophiée.

23 Janvier après une consultation, on décide l'opération malgré la douleur peu vive que ressent la malade.

30 Janvier, laparotomie. Le péritoine est sain, sans aucune adhérence, on lave à l'eau bouillie et on ferme.

31 Janvier, température normale, comme aussi pendant toute la convalescence. L'appétit revient immédiatement après l'opération ; la langue est bonne, l'enfant désire vivement se lever et on la garde couchée, avec beaucoup de peine pendant deux semaines au bout desquelles elle se lève avec une ceinture abdominale.

A la fin de mai 1894 elle eut une pneumonie lobaire aiguë.
Aujourd'hui 18 juin elle est en parfaite santé.

OBSERVATION XXVII

Elmassian Thèse Paris 1890. Résumée.

Maria L... 18 ans. Pas d'antécédents héréditaires. En décembre 1886 elle souffre de douleurs dans le ventre et continue néanmoins à travailler. Examinée par M. Terrillon qui pense à un sarcome de la paroi. Laparotomie le 15 Mars 1886. Le péritoine est épaissi, adhérent, infiltrée de granulations tuberculeuses. On ferme le ventre. Les suites opératoires sont bénignes la malade part à la campagne au 22^e jour. 8 mois après elle était beaucoup mieux. Et au 40^e mois elle était complètement guérie. Ventre souple paraissant absolument normal.

OBSERVATION XXVIII

O'Callaghan Dublin Journal of Méd. Sciences 1889, t. 87 p. 472.

James G... âgé de 15 ans. Antécédents héréditaires bons. Amaigrissement général, pâleur. Abdomen très distendu. Il se

plaint de coliques fréquentes. Sensibilité plus ou moins grande à la pression. Appétit absolument nul. Vomissements fréquents, constipation, peau sèche. Il fait remonter ses souffrances à un mois, époque à laquelle il reçut un coup de tête dans l'estomac en jouant au football. On diagnostique une affection tuberculeuse. On fait une petite incision pour passer le doigt, il s'écoule une grande quantité d'un liquide purulent, un peu plus de 4 litres. On voit le péritoine couvert de petits nodules. On sort une portion du mésentère qui est comme du frai de poisson, ou comme l'intérieur d'une figue. Lavage à l'eau chaude. Pendant ce temps on masse l'abdomen, jusqu'à ce que le liquide ressorte clair. On applique deux points de suture et un pansement. La température, 3 jours après, est un peu plus élevée. L'amélioration fait ses progrès. 3 semaines après, l'appétit est énorme, il n'y a plus trace du mal et le patient va rejoindre son frère en Australie.

OBLERVATION XXIX

Shoemaker. Méd. and Surg. reporter of Philadelphia. 1889.
T. 60 p. 447. Trad. inédite.

Mad. G..., 23 ans, pas de tuberculeux dans sa famille. La malade a eu trois enfants, dont deux en bonne santé et un 3^e un peu plus faible. Elle a été bien portante jusqu'à ces 5 ou 6 dernières semaines. A l'examen, il y a une augmentation de volume de la région iliaque droite, augmentation qui revint bientôt bilatérale. Petite toux sèche, légère diminution de poids. Pas de sensibilité, selles et règles régulières. Les dernières règles ont

été douloureuses, et pendant deux ou trois mois elles se produisirent deux ou trois fois par semaine. Utérus petit, mobile. Au toucher rectal, on sent nettement dans le péritoine de petits nodules gros comme un grain de moutarde. Il y en a aussi dans le cul-de-sac recto-utérin. Urine normale.

On diagnostique une péritonite tuberculeuse. On ne peut songer à une grossesse avec hydramnios, vu l'état de l'utérus. L'orthopnée, l'insomnie augmentant progressivement, on fait la laparotomie. Le péritoine est couvert de nodules tuberculeux. Les annexes de l'utérus sont un peu hypertrophiées mais ne doivent pas être enlevées. Derrière l'utérus on voit les nodules que l'on avait sentis avant l'opération. Lavage à l'eau bouillie. Drainage avec un tube de verre, pansement au coton hydrophile. Il s'écoule du liquide pendant les 12 premières heures. La température légèrement élevée avant l'opération est normale au 4^e jour.

Deux mois après l'abdomen était de nouveau distendu probablement à cause d'une ascite enkystée.

Cinq mois après l'opération, la malade se considérait comme absolument guérie.

OBSERVATION XXX

Thèse Maurange, 1889.

Laparotomie par le Dr Lebec à l'hôpital Saint-Joseph pour un kyste de l'ovaire chez une jeune fille de 12 à 13 ans. On trouve une péritonite tuberculeuse enkystée. La malade guérit et vit encore deux ans après l'opération.

OBSERVATION XXXI

Nauman, cité dans la thèse de Truc (Paris 1886)

Femme de 46 ans. Le diagnostic est impossible. Laparotomie. On arrive dans une cavité bien limitée, remplie de sérosité claire et dont les parois sont formées par les intestins agglutinés et le grand épiploon tuberculeux. Eponges phéniquées sans iodoforme. Un an et demi après, guérison parfaite.

OBSERVATION XXXII

Hégar cité par Kuemmel (Arch. clin. Berlin. 1888. T. 37, p. 39, 52).

Femme opérée le 22 janvier 1880, pour une tuberculose génitale. Le péritoine est couvert de granulations grises, ainsi que les trompes et les ligaments larges. Quatre ans après, la malade était dans un état excellent.

OBSERVATION XXXIII

Schwarz cité par Kuemmel.

Femme de 29 ans, opérée pendant l'été de 1884, pour une péritonite tuberculeuse, ainsi que l'examen microscopique l'a démontré. En février 1887, elle était considérée comme guérie.

OBSERVATION XXXIV

Wagner, cité par Kuemmel

Jeune fille de 18 ans, chez laquelle on avait diagnostiqué un kyste de l'ovaire et qui avait une péritonite tuberculeuse. La guérison s'est maintenue après 2 ans 1/2.

OBSERVATION XXXV

Frees. British. méd. journ. 1894. T. 2, p. 89 de l'Epitome
(Traduction inédite).

Frees mentionne le cas d'une femme opérée en 1889 et vivant encore en 1894. Sur 48 laparotomies pour péritonite tuberculeuse, 6 furent complètement guéries. La plus longue période qui se soit écoulée après une laparotomie est de 5 ans et 3 mois. Dans ce cas une deuxième laparotomie avait été faite 9 mois après la première. Dans un autre cas, la malade fut bien pendant 4 ans.



CONCLUSIONS

Des considérations qui précèdent, nous pouvons conclure comme il suit :

1° La tuberculose péritonéale est plus fréquente chez la femme que chez l'homme ;

2° Elle n'est jamais primitive chez l'adulte ; quelquefois elle peut l'être chez l'enfant ;

3° Le diagnostic est loin d'en être facile. On devra se baser sur l'âge, sur le sexe du malade, s'il y a ascite, sur la marche de cette ascite. Rechercher les antécédents avec soin ;

4° Le pronostic varie avec la forme de l'affection : la forme ulcéreuse est incurable ; la forme ascitique est susceptible de guérison, ainsi que la forme sèche ;

5° Le traitement médical devra toujours être essayé, mais on ne devra pas avoir une trop grande confiance en lui.

6° Les procédés, tels que l'insufflation d'air stérilisé, les lavages de l'estomac, le naphthol camphré, n'ont pas suffisamment fait leurs preuves et ne peuvent être encore jugés ;

7° La ponction sans lavage ne doit être employée que si le malade ne peut supporter la laparatomie, où si le médecin

ne dispose pas des moyens nécessaires pour faire cette laparatomie (à la campagne, par exemple).

8° La laparotomie donne des résultats excellents dans la forme ascitique et dans la forme sèche. Elle est contre-indiquée dans la forme ulcéreuse. L'antisepsie, cela va sans dire est de rigueur.

9° Le lavage consécutif n'est pas obligatoire. Dans les cas où l'on s'en sert, on emploiera simplement l'eau bouillie sans addition d'aucune substance médicamenteuse.

Vu :

Le Président de la Thèse,
BROUARDEL

Vu : *Le Doyen,*
BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



BIBLIOGRAPHIE

1840. **Andral**. — Clinique médicale, Paris, t. II.
1843. **Louis**. — Recherches sur la phthisie.
1865. **Brouardel**. — Thèse: Tuberculisation des organes génitaux de la femme.
1865. **Clément**. — Péritonite chronique. Thèse Paris.
1862. **Empis**. — De la granulie. Paris.
1866. **Hemey**. — Péritonite tuberculeuse. Thèse Paris.
1869. **Vallin**. — Archives de méd. De l'inflammation périombilicale dans la tuberculose péritonéale.
1871. **Petrasu**. — Thèse Paris. Péritonite tuberculeuse.
1874. **Grange**. — Thèse Paris. Péritonite tuberculeuse.
1874. **Vergely**. — Péritonite tuberculeuse. Bordeaux [médical.
1875. **Hilton Fagge**. — Guys' Hospital report, t. XX.
1877. **Noël Guéneau de Mussy**. — Clinique méd., Paris, t. II.
1878. **Tapret**. — Péritonite chronique d'emblée. Th. Paris.
1879. **Manolesco**. — Lésions du péritoine dans l'alcoolisme. Th. Paris.
1879. **Leudet**. — Pér. chron. des alcool. Gaz. hebdom.
1883. **Al. Goix**. — Pér. aiguë sous-ombil. Archives génér. de méd.
1883. **Jarrige**. — Difficultés du diagnostic de la pér. tuber. Th. Paris.
1884. **Achard**. — Thrombose de la veine porte dans la pér. tuber. Archives de Physiologie.
1884. **Delpuech**. — Des péritonites chroniques dites simples. Arch. de méd.
1884. **Fernet**. — De la tuberculose péritonéo-pleurale suraiguë (Soc. méd. des hôpitaux, 20 février).

1885. **Boulland.** — Périt. tuber. Thèse Paris.
1885. **Trabaud.** — Périt. tuber. Thèse Lyon.
1885. **Heydenreich.** — Du traitement de certaines péritonites par la laparotomie. Semaine médicale.
1886. **Heiller.** — Trait. chirurgical des malad. internes. (Sem. méd.).
1886. **Truc.** — Trait. chirur. de la péritonite. Thèse d'agrégation.
188. **Simonini.** — Contributo alla diagnosi della peritonite tuberculare. Revista clinica de Boligni, 3 S. VI pages 365, 368.
1889. **Maurange.** — Thèse Ppris : Péritonite tuberculeuse.
1889. **Tison.** — Péritonite tuberculeuse aiguë. — Bulletin de la société anatomique de Paris. p. 388-391.
1889. *Dublin medical journal.* vol. 87.
1890. **Pic.** — Traitement chirurgical des péritonites tuberculeuses. Thèse Lyon.
1890. **Debove.** — Traitement des péritonites tuberculeuses. (Soc. médicale des hôpitaux).
1890. **Jackson.** — Tubercular peritonitis. Medical news. Philadelphie p. 594.
1891. **Lejars.** — L'occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse. (Gazette des hôpitaux).
1892. **Poncet.** — Résultats éloignés de la laparotomie de la péritonite tuberculeuse. Lyon médical.
1892. **Phocas.** — Traitement de la péritonite tuberculeuse chez l'enfant. (Médecine moderne).
1892. **Richelot.** — Bulletin soc. chir. Paris, p. 312-315.
1894. **Guignabert.** — Du traitement de la péritonite tuberculeuse par les injections de naphtol camphré. (Th. Paris, février).
1894. **Bourrigault.** — Essai sur les résultats de l'intervention chirurgicale, (grandes opérations) dans les tuberculoses internes. Th. Paris, mars.
1894. **Gratien.** — De l'influence curative de la laparotomie. Thèse Paris, mai.

1894. **Alaume.** — Contribution à l'étude de la péritonite tuber. Pro-
nostic et traitement, juillet.
1894. **Maleval.** — Etude clinique sur la péritonite tuberculeuse chez
l'enfant. Symptômes et anatomie pathologique d'après 91 obser-
vation recueillies à la Clinique des enfants de la Charité. Thèse
Lyon.
1894. **Monod.** — Péritonite sèche tuberculeuse. Laparotomie. Medec.
mod. n° 2.
1894. **Follet.** — Insufflation d'air dans la péritonite tuberculeuse
Méd. Mod. n° 95.
1894. **Obrastoff.** — Guérison de la péritonite tuberculeuse par les
lavages de l'estomac. Med. mod. n° 99.
- Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques.* Article : Péri-
toine.

